



GRUPPO FIDES

Residenza Santa Rosa

Protocollo
per la gestione del
dolore cronico



Introduzione

L'insorgenza del dolore cronico nel paziente anziano è un problema sanitario importante, dovuto principalmente all'invecchiamento della popolazione, all'aumento delle patologie cronico-degenerative e delle patologie neoplastiche.

Di fronte a questa emergenza territoriale, è entrata in vigore una legge (n.38/2010) che stabilisce l'obbligo di gestire in maniera adeguata il sintomo doloroso (Art. 7 Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica) e di porre un maggiore impegno formativo in tale ambito (Art. 8 Obbligo formazione e aggiornamento medico e infermieristico in materia di cure palliative e terapia del dolore).

Considerando la fascia di popolazione che accede alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), diviene indispensabile, anche all'interno della nostra struttura, mettere in atto interventi mirati.

A tale scopo è stato stilato un protocollo che segue un approccio multidisciplinare, al fine di gestire e monitorare correttamente l'eventuale insorgenza del dolore ed il suo andamento, nonché sensibilizzare tutto il personale sanitario e di assistenza in modo da evitare che il sintomo sia considerato come un evento ineluttabile dovuto all'età avanzata del paziente.

Inoltre nel paziente anziano si riscontrano un'aumentata prevalenza del deficit cognitivo e sensoriale, di pluripatologie e di depressione, che incidono sulla sottostima del sintomo doloroso. (26)

Da qui nasce la necessità di coinvolgere in questo percorso le diverse figure professionali le quali, con le proprie specifiche competenze, assistono il paziente nella sua globalità.

Infatti il controllo del dolore deve porsi come obiettivo non solo un buon outcome clinico, ma anche un serio miglioramento della qualità della vita, il tentativo di ritardare l'insorgenza di invalidità secondarie e di preservare il più possibile le funzioni residue. (27)



GRUPPO FIDES

Caratteristiche del dolore e del paziente anziano

Il dolore, secondo la definizione IASP (International Association study of Pain), è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. Clinicamente esiste ogni qual volta il paziente ne affermi l'esistenza.

Generalmente il soggetto anziano presenta un dolore di tipo cronico, che è arbitrariamente definito come un dolore che persiste per più di 3-6 mesi o oltre il periodo di tempo previsto per la risoluzione (26) ed è causato dall'aumentata prevalenza di malattie cronicodegenerative, rappresentate principalmente da :

- patologie osteoarticolari e muscolari quali artrosi, osteoporosi, polimialgia reumatica, esiti di fratture
- sindromi dolorose miste
- arteriopatie (diabetica, aterosclerotica),
- neuropatie (diabetica, da Herpes Zoster, nevralgia post-erpetica, nevralgia del trigemino e post-stroke syndrome)
- lesioni cutanee (traumatiche, da compressione)
- sindrome da immobilizzazione e danni conseguenti
- patologie neoplastiche

Una particolare tipologia di dolore è il *breakthrough pain*, identificato come un aumento transitorio dell'intensità del dolore in un paziente con algie ben controllate dalla terapia analgesica di base, somministrata ad orari fissi. Esso può essere causato da movimenti (dolore incidente) oppure scatenato da colpi di tosse, cambi di posizione, distensione delle vie urinarie o intestinali. Vi sono casi in cui non viene riconosciuta una vera e propria causa (idiopatico). (11)

L'eziologia è prevalentemente di natura neoplastica, il numero di episodi è variabile mediamente da uno a sei nelle 24 ore, la durata di ogni episodio è di circa trenta minuti, la sede delle algie coincide generalmente con quella del dolore di base. (4)

Nella gestione del dolore persistente nel paziente anziano si deve necessariamente tenere conto della molteplicità degli aspetti che lo compongono e quindi trattare tutte le sue sfaccettature. Andranno presi in considerazione gli aspetti fisiopatologici legati all'invecchiamento, le ripercussioni che il dolore può avere sugli aspetti psicologici del paziente anziano, il vissuto della persona e quindi il diverso modo con cui affronterà il dolore, la rete sociale.

Infatti da un dolore non adeguatamente trattato possono generarsi altre condizioni morbose tra cui una ridotta partecipazione sociale, depressione, ansia, insonnia, una riduzione dell'attività motoria sino all'instaurarsi di una sindrome ipocinetica, un aumentato rischio di cadute, malnutrizione, un maggior ricorso a farmaci anche non analgesici, una minore risposta alla terapia riabilitativa e può comportare un distress per il caregiver che avrà a sua volta un'influenza negativa sul paziente. (2,5)

Da un punto di vista fisiopatologico, le persone di età avanzata sono più soggette agli effetti collaterali dei farmaci, pertanto possono esistere differenze età-correlate nell'efficacia della terapia, nella tossicità e modificare la farmacocinetica e la farmacodinamica. (5)



GRUPPO FIDES

I cambiamenti fisiologici dell'organismo legati all'età che più possono influire sul metabolismo di un farmaco sono a livello gastrointestinale (rallentamento del transito intestinale, alterazione del pH gastrico, modificazioni del metabolismo epatico), a livello muscoloscheletrico (sarcopenia, aumento di massa grassa, tendenza all'osteoporosi), cutaneo (assottigliamento, diminuzione delle ghiandole sebacee e sudoripare, diminuzione della capacità termoregolatrice), funzionalità renale (ridotta clearance della creatinina, riduzione del flusso e del filtrato glomerulare, con conseguente aumento dei tempi di eliminazione delle sostanze tossiche e dei farmaci, riduzione del numero dei nefroni e perdita della funzionalità renale).

Sottostima e sottotrattamento

Ansia, isolamento, paura, insonnia, rabbia, depressione, ma anche la personalità ed il background culturale e di apprendimento caratteristici di ogni individuo sono aspetti emozionali che influenzano la percezione e la soglia del dolore, la qualità di vita degli anziani, determinandone un peggioramento e inducendo un aumento della disabilità. (6)

Secondo alcuni autori, il sintomo doloroso nell'anziano può risultare largamente sottotrattato anche per motivi riconducibili all'atteggiamento dell'ospite nei confronti del dolore. Infatti in molti casi risulta sottoriferito perché minimizzato dal paziente stesso che lo vive come fosse una parte inevitabile dell'invecchiamento.

Al sottotrattamento del dolore persistente concorre inoltre la riluttanza nell'assumere antidolorifici, sia perché la persona anziana presenta spesso diverse patologie concomitanti che richiedono una politerapia, sia per la diffidenza che frequentemente si riscontra nei confronti dei farmaci oppioidi. (6, 7)

In questa fascia di popolazione un'ulteriore difficoltà nella gestione del dolore è dovuta alla frequente presenza di deficit cognitivo, poiché comporta un ostacolo nel ricordare un'esperienza, o di riferirla, o di concettualizzarla. (6)

Come emerso da alcuni studi, i pazienti che presentano al Mini-Mental State Examination (MMSE) un punteggio uguale o inferiore a 13 non sono in grado di fornire un self-report affidabile. (18)

Il dolore, nei pazienti con declino cognitivo, può influire negativamente su diverse funzioni della psiche.

Nel particolare la demenza è definita come un disturbo acquisito e con base organica delle funzioni intellettive che sono state in precedenza acquisite: memoria (a breve e lungo termine) e almeno una tra pensiero astratto, capacità critica, linguaggio, orientamento spazio temporale, con conservazione dello stato di coscienza vigile. (21)

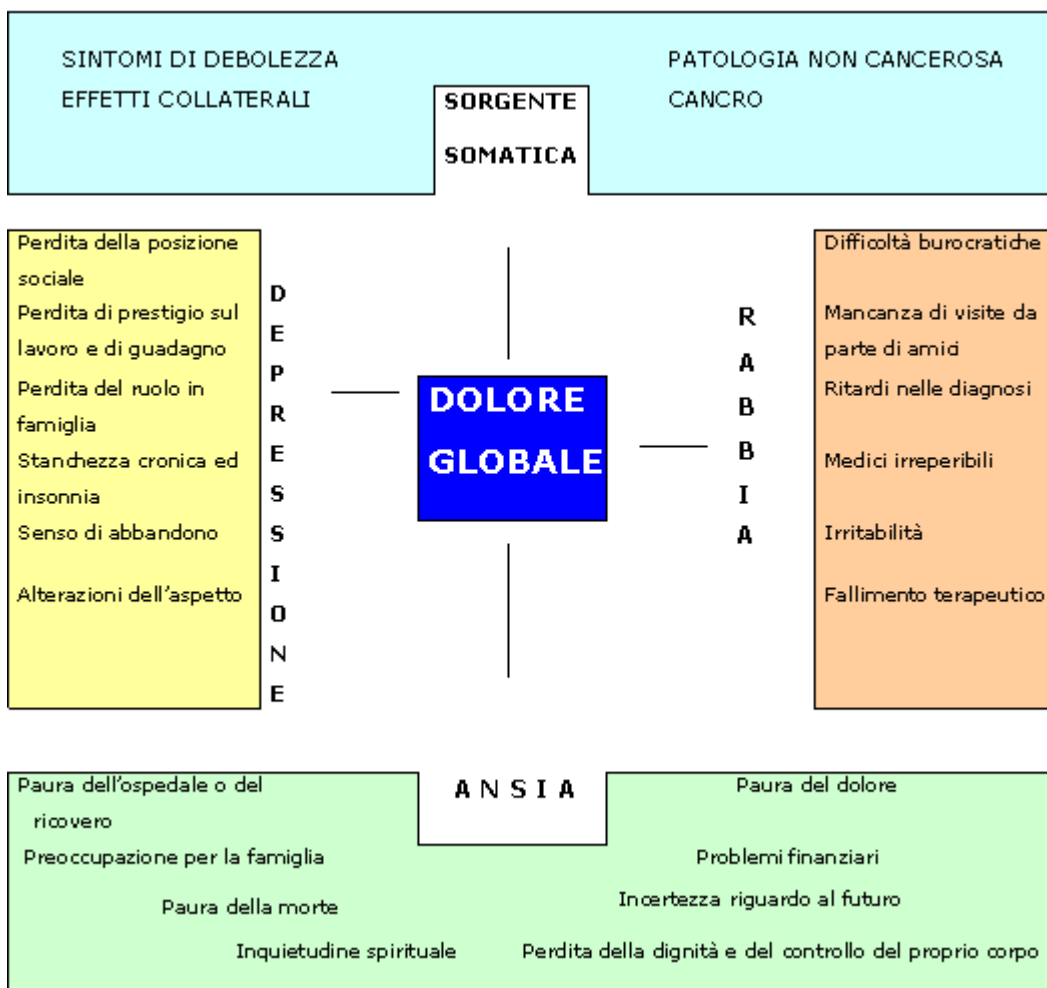
In questo quadro cosiddetto sindromico si inseriscono molte volte modificazioni comportamentali (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) definite come sintomi o disturbi della percezione, disturbo del contenuto del pensiero, dell'umore o del comportamento che spesso si verificano in pazienti con demenza (20, 22) e questi cambiamenti possono essere causa di un misconoscimento del sintomo doloroso sia da parte del personale sanitario che assistenziale in quanto, erroneamente, vengono spesso attribuite al quadro legato alla patologia di base.

Secondo alcuni autori, le persone con dolore cronico e demenza di grado severo, hanno più disturbi del comportamento rispetto a chi è affetto da demenza di grado moderato. (4)
 Recenti studi dimostrano inoltre che una migliore gestione del dolore riduce le prescrizioni di farmaci antipsicotici nei pazienti con demenza moderata. (19)
 In questi pazienti il dolore da sintomo diventa segno, per cui tutto il personale sanitario e di assistenza è tenuto, attraverso un'attenta osservazione ed un approfondito studio del paziente, a fare il possibile per riconoscerlo.

Il dolore nel paziente anziano dal punto di vista psicologico

Il dolore cronico presente nelle malattie degenerative, neurologiche, oncologiche, specie nelle fasi avanzate e terminali di malattia, assume caratteristiche di dolore GLOBALE, ovvero di sofferenza personale che, trova nella propria eziopatogenesi, oltre che motivazioni fisiche, anche cause psicologiche e sociali, come evidenziato nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (13)

Dolore globale e i suoi fattori determinanti





In quanto fenomeno complesso e multidimensionale, nella percezione del dolore e risposta concorrono principalmente tre dimensioni: sensoriale-discriminativa, cognitivo-valutativa, affettivo-motivazionale.

Attualmente le dimensioni cognitive ed emozionali hanno, nella percezione del dolore, la stessa importanza di quelle sensoriali. (14)

Quindi la percezione del dolore può essere mediata dai fattori psicologici alterando nel paziente la valutazione riguardo alla minaccia, all'abilità di controllo delle sensazioni nocicettive ed al livello di attivazione emozionale poiché il dolore continuo avvolge la mente del paziente in modo totale, coinvolgendo processi emotivi esplicitati attraverso l'ansia, la rabbia, la depressione. Tali disturbi si evidenziano talvolta tramite alterazioni comportamentali ed espressioni mimiche e verbali del paziente che lamenta il suo dolore.

I descrittori verbali e comportamentali delle componenti emotive dipendono da vari fattori (cultura, educazione, caratteristiche individuali) e sono importanti da rilevare al fine di comprendere il dolore del paziente. (15)

Per esempio, depressione e dolore fisico si potenziano a vicenda. L'anziano depresso potrebbe manifestare un dolore di tipo cronico e aspecifico al fine di attirare l'attenzione altrui, utilizzando uno "strumento" che l'ambiente e la società possano comprendere. (28)

Alcuni fattori cognitivi sono di rilevante importanza per comprendere anche la percezione del dolore essendo il dolore soggettivo e partendo dal presupposto teorico che ciò che l'individuo pensa, crede, si aspetta riguardo agli eventi di vita determina in lui uno stato emotivo specifico.

La presenza di una componente psichica del dolore risulta già dalla sua definizione, fornita dall'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP): "una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale".

Quando una persona prova dolore, la componente sensoriale ed emotiva si rinforzano a vicenda, e da qui nasce la difficoltà di valutare quando e quanto si possa attribuire a una condizione fisica o psicologica. (28)

L'esperienza dolorosa intacca l'attenzione poiché interferisce con l'apprendimento e di conseguenza con la memoria, facendo immagazzinare in maniera disorganizzata le nozioni acquisite, e con le funzioni esecutive, cioè quel complesso sistema che porta alla pianificazione, controllo e coordinazione dei processi cognitivi, essendo esse fondamentali per il problem solving e le abilità sociali. (15)

In questo contesto le attività quotidiane sono danneggiate non solo dalla limitazione funzionale dovuta alla sofferenza fisica, ma anche perché il paziente si concentra sul dolore.

In ultimo, è necessario tener conto del fatto che, non di rado, l'anziano vive l'istituzionalizzazione come una condizione di distacco dai membri della famiglia e dalle altre relazioni significative (amicizie, badanti, animali domestici,...). Da ciò deriva una sensazione d'isolamento che accentua paure e angosce, contribuisce a creare una sofferenza globale e può addirittura manifestarsi attraverso sintomi psicosomatici, tra cui il dolore.



GRUPPO FIDES

Strumenti e figure professionali coinvolti

Una volta riscontrata la presenza del sintomo doloroso, si rende necessaria una quantificazione della sua intensità, uno dei passaggi più complessi nella gestione dello stesso.

Infatti il dolore, come indicato nella definizione IASP, è un'esperienza soggettiva ed è influenzato da numerosi fattori organici, psicologici, legati al vissuto ed al credo personali, per cui si rende necessario l'utilizzo di scale standardizzate che aiutino a capire quale sia la sua reale entità.

Le scale di valutazione devono dunque presentare i seguenti criteri:

- utilizzare valori numerici o punteggi in base alla prestazione del soggetto;
- essere normalmente divise in ITEMS, cioè moduli. La somma dei loro punteggi fornisce un criterio di valutazione oggettiva sullo stato clinico-funzionale del paziente;
- possedere requisiti quali validità, affidabilità, sensibilità, semplicità, comunicabilità, norme per la somministrazione e devono essere soggette a validazione.

Tali scale possono essere utilizzate in diversi ambiti: clinico (diagnosi, prognosi, stima di gravità, scelta e valutazione dei trattamenti, valutazione degli outcome, comunicazione tra operatori sanitari, autovalutazione), informativo/educativo (comunicazione con pazienti, familiari, operatori), gestionale (valutazione efficienza, impiego delle risorse, miglioramento continuo dell'assistenza). (23)

Le figure coinvolte nel nostro gruppo di lavoro sono: il paziente e la sua famiglia/caregiver, il medico, l'infermiere, l'operatore di assistenza, il fisioterapista, lo psicologo.

Il paziente e la famiglia:

Nel percorso della gestione del dolore cronico la figura più importante è il paziente stesso. Questo, assieme alla sua famiglia, andrà coinvolto il più possibile a partire dal fornire chiarimenti sui vari elementi che concorrono alla percezione del dolore, non solo cause organiche, ma anche la limitazione delle attività motorie e gli aspetti psicologici.

Nell'ospite lucido la fonte principale di informazioni è il self report, e il dolore che egli riferisce deve essere approfondito anche quando non causa disabilità. (11)

Nei pazienti impossibilitati a comunicare verbalmente e nei soggetti con deficit cognitivi riveste un ruolo fondamentale il parente, in quanto può dare informazioni circa la modificazione delle relazioni interpersonali, delle abituali attività, del comportamento, verificatesi nel breve periodo e che potrebbero essere indotte dalla presenza di dolore.

(11)

Importante diventa l'educazione del paziente e/o caregiver incoraggiandolo a tornare alle normali attività funzionali, sociali e ricreative con le quali il dolore ha interferito, al fine di capovolgere e prevenire l'effetto negativo del dolore sulla funzionalità psicologica e fisica del paziente.



GRUPPO FIDES

Spesso la risoluzione del sintomo è un traguardo molto difficile da raggiungere e richiede molto tempo, per cui risulta di primaria importanza spiegare costantemente quali sono le aspettative e le possibili soluzioni, sempre nell'intento di procedere insieme.

La presa in carico multidisciplinare diventa fondamentale non solo al fine di trattare al meglio il sintomo doloroso, ma anche nell'obiettivo di dare sostegno all'ospite ed ai suoi cari.

Il medico:

Il medico di struttura si occupa della gestione clinica del paziente, dell'applicazione del protocollo e del coordinamento delle figure professionali nell'attuazione dei vari interventi. (Allegato I)

A tutti i pazienti, al momento del loro accesso in struttura, viene somministrata dal medico la "Scheda di valutazione del dolore all'ingresso", che individua l'eventuale presenza del sintomo. (Allegato III)

Di fronte alla presenza o all'insorgenza successiva di un dolore di tipo cronico, il medico prescrive la terapia farmacologica e, laddove fosse necessario, richiede la consulenza specifica per la terapia del dolore.

Secondo le scale dell'OMS, la terapia viene impostata in base all'entità del dolore: per il dolore lieve vengono utilizzati analgesici antipiretici, paracetamolo oppure FANS (es. ibuprofene, diclofenac) associati o meno ad adiuvanti.

Per il dolore di media entità si passa ad oppioidi per dolore moderato (codeina, tramadolo \pm adiuvanti \pm paracetamolo oppure FANS), e se vi è un dolore ancora più rilevante si utilizzano oppioidi per il dolore severo (morfina, oxicodone, fentanyl \pm adiuvanti \pm paracetamolo oppure FANS).

Sempre secondo la scala dell'OMS, "adiuvanti" sono quei farmaci che non sono specificamente analgesici, ma che possono contribuire all'ottenimento di una riduzione del dolore (potenziando l'effetto antidolorifico, contrastando gli effetti collaterali degli antidolorifici o per trattare concomitanti problematiche psicologiche). Le classi farmacologiche più utilizzate come adiuvanti sono: steroidi, benzodiazepine, antidepressivi, neurolettici, anticonvulsivanti, bifosfonati, anestetici locali o sistemici, antinfettivi, antispastici. (17)

Contemporaneamente vengono valutate dall'equipe le possibili cause del sintomo doloroso e si richiederanno eventuali consulenze specialistiche.

Il dolore verrà poi monitorato attraverso l'utilizzo di scale di misurazione validate, che saranno aggiornate con scadenza variabile in base al quadro clinico. (Allegato II)

Infine, periodicamente, verrà rivalutato il paziente a livello multidisciplinare.

Nello specifico, considerando l'alta percentuale di demenza nella popolazione anziana, si è deciso di inserire nel protocollo due percorsi distinti sulla base del livello cognitivo del paziente, che viene valutato dallo psicologo tramite il MMSE.



GRUPPO FIDES

Per il paziente orientato il medico, con la collaborazione del fisioterapista e dello psicologo, compila la “Scheda valutativa globale A” dove il sintomo doloroso viene dettagliatamente indagato in base alle sue caratteristiche (sede, tipo, durata, sintomi associati, influenza sulla qualità di vita e sulle funzioni residue, terapia in corso e sua efficacia). (Allegato IV)

Viene monitorato il dolore con la “Scheda monitoraggio del dolore A” nella quale si utilizzano la Numeral Rating Scale (NRS) e la Verbal Rating Scale (VRS) in modo tale da quantificare, nel limite del possibile, l'intensità del dolore. (Allegato V)

Vengono inoltre annotati lo stato mentale del paziente al momento della valutazione (se agitato, ansioso oppure tranquillo) ed eventuali interventi terapeutici apportati.

Nella rivalutazione periodica viene utilizzata nuovamente la “Scheda valutativa Globale A”. Di fronte ad un paziente con demenza il medico, con la collaborazione del fisioterapista, somministra la Scala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale), nell'intento di accertarsi della presenza effettiva del sintomo. (Allegato VII)

Qualora il dolore sia effettivamente presente, il medico ed il fisioterapista compilano la Scala NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument) e la “Scheda valutativa globale B” tramite le quali il sintomo doloroso viene dettagliatamente indagato (Allegati VI e VIII). Ovviamente tale scheda, che deve essere compilata basandosi anche sulla raccolta dei dati riferiti dal paziente stesso, potrà risultare più o meno completa in base al grado di deterioramento cognitivo dell'ospite.

Il dolore, in questi quadri, viene monitorato utilizzando la Scala PAINAD all'interno della “Scheda monitoraggio del dolore B”, annotando eventuali interventi terapeutici apportati. (Allegato IX)

Nella rivalutazione periodica viene utilizzata nuovamente la “Scheda valutativa Globale B”. Per monitorare adeguatamente il dolore risultano di fondamentale importanza le segnalazioni di tutti i membri dell'equipe e, al fine di sensibilizzare tutto il personale infermieristico e di assistenza, vengono svolte regolarmente riunioni di formazione in tale ambito.

Il fisioterapista:

Il controllo del dolore si inserisce tra i principali obiettivi del trattamento fisioterapico.

La figura del fisioterapista compare già nelle prime fasi di applicazione di questo progetto, in quanto lavora in stretta collaborazione con il medico nella somministrazione delle scale specifiche per la valutazione del dolore e per il suo monitoraggio.

L'applicazione di tali scale permette di:

- attribuire al paziente un livello di performance funzionale
- scegliere obiettivi realistici
- pianificare il percorso riabilitativo
- giudicare il risultato del trattamento nel tempo in base a rivalutazioni successive.



GRUPPO FIDES

Nella nostra struttura, i mezzi e le tecniche di trattamento di cui si avvale il terapeuta in questo ambito sono la chinesiterapia (passiva, attivo-assistita, attiva, contro resistenza), il massaggio, i mezzi fisici (TENS, ionoforesi), i quali risultano utili per controllare il sintomo dolore e mantenere attive le funzionalità residue, stimolando il paziente a svolgere in autonomia quella parte di attività della vita quotidiana (ADL) che è ancora in grado di eseguire.

A tali tecniche si può associare l'utilizzo di protesi, ausili e ortesi che andranno scelti in maniera adeguata, individualizzata e mirata alla problematica del paziente.

Una volta assegnato l'ausilio idoneo (deambulatore, bastoni canadesi, bastone da passeggio, etc..) l'ospite verrà addestrato al suo utilizzo e in parallelo verrà istruito anche il personale di assistenza, così come avviene per l'educazione ai trasferimenti con o senza ausili.

Per quanto riguarda il paziente non autosufficiente con dolore cronico, risulta fondamentale considerare sempre il comfort posturale, mediante una programmazione giornaliera dei cambi di posizione che il fisioterapista avrà preventivamente comunicato agli operatori.

Negli ospiti in grado di mantenere autonomamente alcune o tutte le posizioni consigliate per il tempo stabilito, dopo un periodo di addestramento iniziale, andrà effettuata una supervisione da parte del personale di assistenza ed un monitoraggio costante da parte del fisioterapista.

L'infermiere (IP):

Il codice deontologico pone già l'accento sull'importanza del ruolo degli infermieri da un punto di vista morale, inquadrando i sintomi, compreso il dolore, in una prospettiva di responsabilità infermieristica. In particolare l'Articolo 34 stabilisce che "L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari". (24)

Le competenze specifiche dell'infermiere, dunque, sono fondamentali ed indispensabili per la corretta applicazione delle raccomandazioni previste dalla legge 38. (26)

Il dolore deve essere considerato come "V segno vitale" insieme a frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, temperatura corporea ed al pari di queste deve essere indagato, monitorato.

Tanto l'infermiere quanto il medico devono considerare l'evidenza di un dolore non controllato come un "allarme rosso", come sostenuto dall'American Pain Society Quality Improvement Committee. (12)

All'interno del protocollo l'infermiere è tenuto a valutare il dolore in tutte le sue caratteristiche (sede, tipo, durata, sintomi associati, influenza sulla qualità di vita e sulle funzioni residue, terapia in corso e sua efficacia), pertanto il medico fornisce una copia della Scheda valutativa globale; in questo modo può di volta in volta verificare che non vi siano variazioni rispetto a quanto registrato precedentemente ed è tenuto a riportare in consegna qualsiasi cambiamento, qualsiasi dolore di nuova insorgenza, controllare l'efficacia della terapia.



L'operatore socio sanitario (OSS):

L'operatore socio sanitario è una delle figure professionali che è maggiormente a contatto col paziente, in particolare lo assiste durante i passaggi posturali e le movimentazioni al letto, ed è quindi fonte di informazioni preziose circa lo stato del paziente.

L'OSS aiuta la persona a recuperare l'indipendenza nelle attività della vita quotidiana come vestirsi, igiene personale, alimentazione ed idratazione, mantenendo il più vive possibili le sue funzioni residue che diventeranno i punti da rinforzare per stimolare ed incoraggiare il paziente.

La qualità della vita del paziente può subire un significativo peggioramento a seguito della "esperienza dolore".

Si rende pertanto necessario da parte degli operatori un atteggiamento di ascolto e di *care* anche quando il soggetto non è più in grado di comunicare e può apparire agitato, disorientato, aggressivo, ma in realtà nasconde una profonda sofferenza. (6)

Tuttavia, non essendo ipotizzabile una reazione lineare fra intensità del dolore e reazione emotivo-comportamentale, è possibile che gli operatori intercettino solo il dolore intenso. (4)

Anche per gli OSS vi è l'assoluta raccomandazione, oltre a riferire il tutto all'infermiere, a segnalare il dolore in consegna laddove ne notino l'insorgenza o la variazione.

Lo psicologo:

All'interno del nostro protocollo lo psicologo affianca il medico nella valutazione del paziente e nelle fasi di monitoraggio.

Innanzitutto lo psicologo, attraverso la somministrazione del MMSE, è in grado di misurare le capacità cognitive dell'ospite, cosicché il medico possa decidere quali schede utilizzare, basandosi sul punteggio assegnato

Il lavoro di questo specialista risulta fondamentale anche nel seguire il paziente in parallelo, monitorandolo da un punto di vista emotivo e cognitivo.

Nello specifico, gli interventi prevedono colloqui con il paziente volti a :

- Accogliere il dolore e comprenderne il vissuto globale (perdita, handicap, condanna, ingiustizia)
- Attuare ascolto attivo
- Favorire le verbalizzazioni del paziente e permettere l'espressione delle emozioni (paura, tristezza, ansia, rabbia, delusione)
- Credere al paziente quando esprime dolore, senza banalizzare, negare o sdrammatizzare prematuramente la preoccupazione legata ad esso. (28)

Il paziente afflitto da dolore cronico viene coinvolto nelle attività di animazione della struttura.

L'intento è quello di stimolarlo a coltivare le attività del tempo libero al fine di distogliere il pensiero dal dolore riducendo le ripercussioni che questo, come detto in precedenza, ha sulle funzioni cognitive e nella percezione del sintomo.

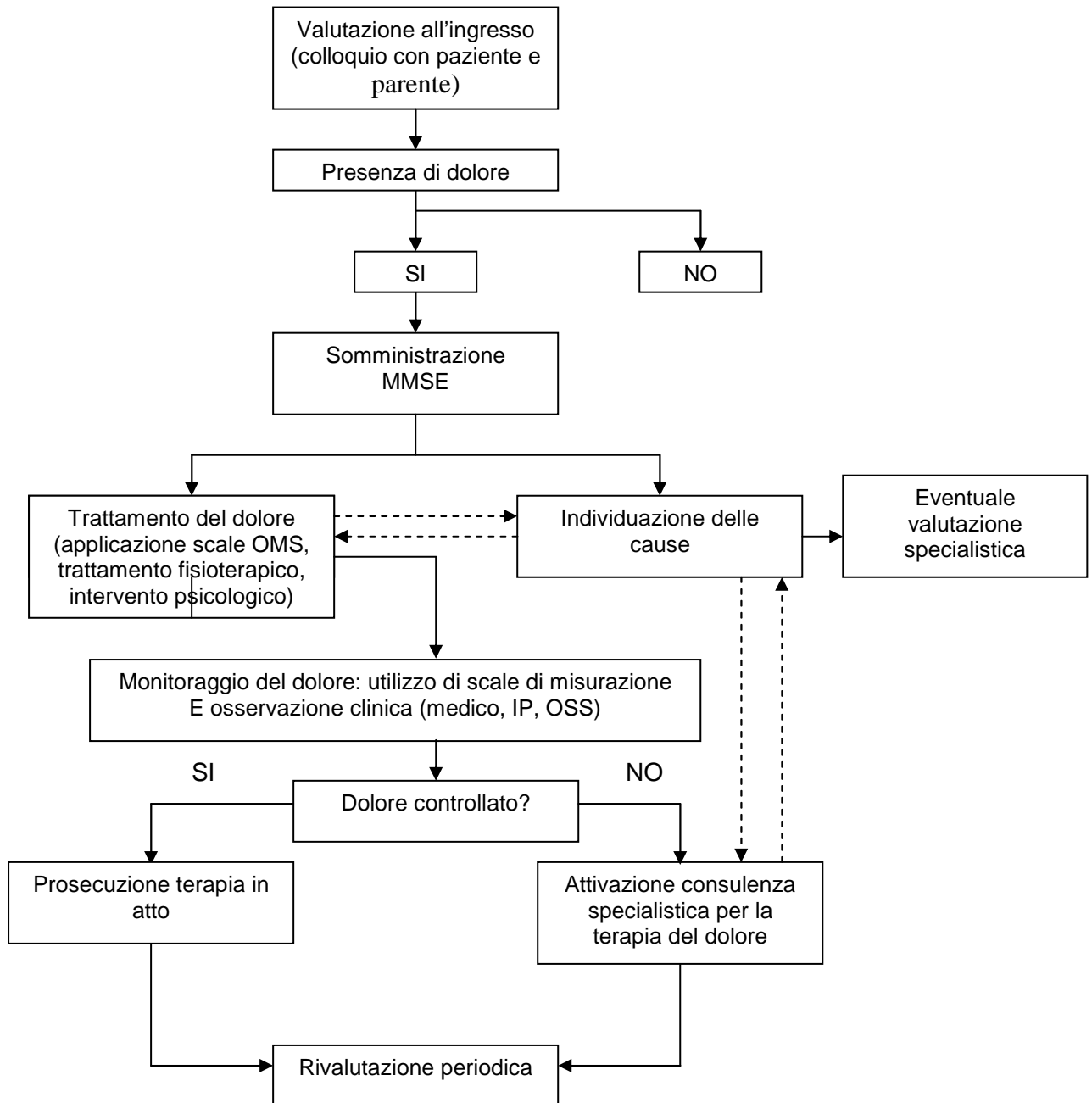


Bibliografia

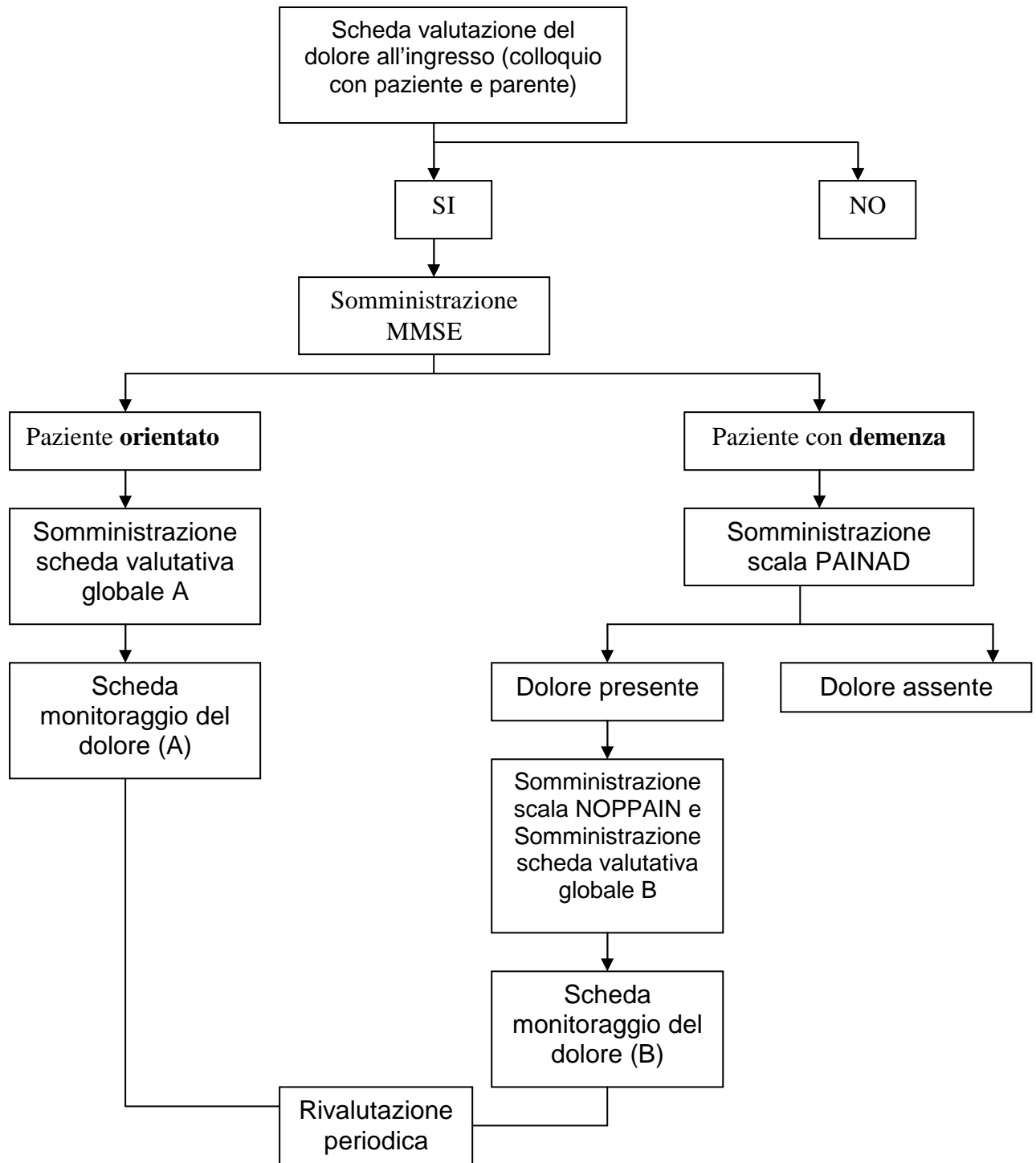
- (1) *Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Dossier 194-2010. Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. Bologna, settembre 2010*
- (2) Pascazio L. Il dolore nella demenza, strumenti di valutazione: Il dolore nell'anziano con demenza. Collegio IPASVI di Gorizia, 2009
- (3) Cornali C., Franzoni S., Gatti S., Di Fazio L., Trabucchi M. Dolore cronico da patologia osteoarticolare e disturbi del tono dell'umore. *Giornale di Gerontologia* 2006; 54:216-222
- (4) http://www.progettoasco.it/default2.asp?active_page_id=171
- (5) *The American Geriatrics Society, 2009, Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Person, JAGS, 57:1331-1346.*
- (6) Zani M. Il dolore nell'anziano: dalla valutazione al trattamento. Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia, 2009.
- (7) Bagnara L., Colombo E., Bilotta C., Vergani C., Bergamaschini L.. Il dolore cronico nel paziente anziano. *G. Gerontol* 2009;57:262-266
- (10) *Approccio globale al dolore cronico. Conferenza Stato Regioni-Ministero della Salute-Fondazione Gigi Ghirotti. Giornata del Sollievo, 2002*
- (11) *Il dolore cronico in medicina generale. Ministero della salute, 2010*
- (12) *American Pain Society Quality Improvement Committee. JAMA. 1995;1847-1880.*
- (13) *Un approccio globale al dolore cronico. Ministero della salute, 2002*
- (14) *La Gestione del Dolore nelle Strutture Residenziali. Tavolo Tecnico Interaziendale ASL - RSA - RSD, 2011*
- (15) Bonica's, *Trattamento del dolore*, a cura di J. D. Loeser edizione italiana sulla terza americana, Antonio Delfino. Editore, Roma 2003
- (16) Vergani, C., Carta, I., IV Giornata di aggiornamento sul dolore. 9 novembre 2001, atti.
- (17) *Cancer pain relief, second edition. The World Health Organization. Ginevra 1996*



- (18) Hadjistavropoulos T., Fitzgerald T.D., Marchildon G.P. Practice Guidelines for Assessing Pain in Older Persons with Dementia Residing in Long-Term Care Facilities. *Physiother Can.* 2010;62:104–113
- (19) B.S. Husebo, C. Ballard, R. Sandvik, O.B. Nilsen, D. Aarsland. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ.* 2011 July; 343: d4065.
- (20) *Managing pain in patients with dementia in hospital. Nursing Standard* 20, 46, 54-58. August 3 2005
- (21) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, 1994*
- (22) *Symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behavior that frequently occur in patients with dementia. International Psychogeriatric Association (IPA) Taskforce on BPSD (1996) (Finkel & Burns, 1999)*
- (23) Lisa Berti, Insegnamento di Medicina Fisica e Riabilitativa. Istituti Ortopedici Rizzoli
- (24) *Federazione Nazionale Collegi Infermieri. Il Codice deontologico dell'infermiere [Online]. 2009 [accesso del 15 settembre 2010].*
- (25) Mario Schiavon, L'assistenza infermieristica ed il dolore. Collegio IPASVI di Gorizia Numero: 3 / 2010 Editoriali
- (26) Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. 2008 Jul 31;137(3):473-7. Epub 2008 Jun 25.
- (27) Alford DP, Liebschutz J, Chen IA, Nicolaidis C, Panda M, Berg KM, Gibson J, Picchioni M, Bair MJ Update in pain medicine. *J Gen Intern Med* 2008 Jun;23(6):841-5. Epub 2008 Mar 11.
- (28) Vignali A. La psicologia del dolore. Fondazione ISAL. Ricerca sul dolore. 2010



Allegato I



Allegato II



Santa Rosa

**Scheda di valutazione del
dolore all'ingresso**

Indice di revisione 1.0

Data valutazione _____

Nome _____ Cognome _____

ALL'INGRESSO IL PAZIENTE RIFERISCE DOLORE

O no O sì

- Localizzazione _____
- Tipo O acuto O cronico O altro _____

Farmaci già assunti per il dolore: _____

Periodo inizio terapia antalgica: _____

NB: Se presente dolore attivare le schede di monitoraggio

Firma

Allegato III



Santa Rosa

**Scheda valutativa globale
per il dolore A**

Indice di revisione 1.0

Cognome _____ Nome _____

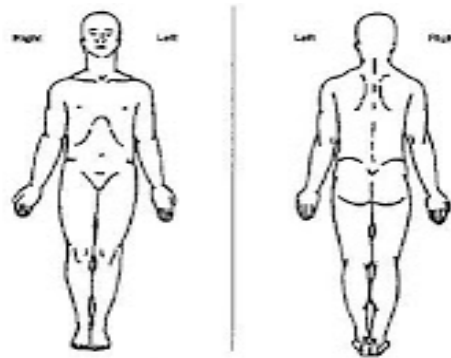
Data _____ Ora _____

NRS (Scala Numerica) **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

VRS (Scala verbale) **NESSUNO** **MOLTO LIEVE** **LIEVE** **MODERATO** **FORTE** **MOLTO FORTE**
(N) (ML) (L) (M) (F) (MF)

Caratteristiche del dolore

Sede:



Tipo: pulsante urente gravativo trafittivo altro _____

Irradiazione: SI NO dove _____

Fattori allievoli/aggravanti: _____

Durata acuto cronico **Frequenza** _____ volte al giorno/settimana/mese

Sintomi e segni associati _____

Interferenza col sonno SI NO

Interferenza con le ADL SI NO _____

Momento della giornata in cui peggiora: mattino pomeriggio sera notte continuo

Influenza sull'umore SI NO

Depressione rabbia irrequietezza ansia altro _____

Terapia in corso

Beneficio della terapia SI NO IN PARTE

Note

Firma _____

Allegato IV

NOPPAIN

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)

Strumento di valutazione del dolore per pazienti non comunicanti.

Nome del compilatore:	
Nome dell'ospite:	
Data:	
Ora:	

ISTRUZIONI: Il personale di assistenza dovrebbe effettuare almeno 5 minuti di attività assistenziali quotidiane all'ospite osservando i comportamenti da dolore. Il presente modulo dovrebbe essere compilato subito dopo le attività assistenziali.

I. Scheda di controllo delle attività Segna "si" o "no" per ciascuna voce nelle colonne A e B		A Lo hai fatto?	B Hai osservato dolore mentre lo facevi?
A. Mettere l'ospite a letto o osservarlo mentre si sdraia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B. Voltare l'ospite nel letto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C. Spostare l'ospite (dal letto alla sedia, dalla sedia al letto, da in piedi o dalla carrozzina al bagno)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D. Far sedere l'ospite sul letto o osservarlo mentre si siede		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E. Aiutare l'ospite a stare in piedi o osservarlo mentre sta in piedi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
F. Vestire l'ospite		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
G. Alimentare l'ospite		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
H. Aiutare l'ospite a camminare o osservarlo mentre cammina		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
I. Fare il bagno all'ospite o fargli una spugnatura		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PUNTEGGIO Somma il numero delle caselle "SI" che hai segnato nella colonna B		TOTALE 1 <input type="text"/>	

II. Comportamento da dolore Che cosa hai visto o sentito durante l'assistenza?	
Parole di dolore? • "Mi fa male!" • "Ahi!" • "Basta!" Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 	Mimica facciale di dolore? • Smorfie • Traslamenti • Sopracciglia aggrottate Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Che intensità hanno avuto le parole di dolore? 	Che intensità ha avuto la mimica di dolore?
Vocalizzi di dolore? • Gemiti Lamenti • Grugniti Pianti • Rantoli Sospiri Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 	Si immobilizza? • Rigidità • Sostenere una parte del corpo • Proteggersi Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Che intensità hanno avuto i vocalizzi di dolore? 	Che intensità ha avuto l'immobilizzazione?
Si massaggia? • Frizionare la zona dolificante Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 	Irrequietezza? • Frequente cambio di posizione • Dondolio • Incapacità di stare seduto fermo Hai notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Che intensità ha avuto il massaggio? 	Che intensità ha avuto l'irrequietezza?
PUNTEGGIO a. Somma il numero di caselle "SI" che hai segnato <input type="text"/>	TOTALE 2a <input type="text"/>
	TOTALE 2b b. Somma i numeri che hai segnato sulle scale di intensità <input type="text"/>

III. Intensità del dolore

Valuta il dolore dell'ospite al massimo livello che hai notato oggi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assente Lieve Moderato Intenso Peggior possibile

TOTALE 3

! Se l'ospite ha riferito di aver dolore, o il suo punteggio NOPPAIN è maggiore o uguale a 3, segnala l'ospite all'infermiere per un esame globale.

PUNTEGGIO NOPPAIN

TOTALE 1 + TOTALE 2a + TOTALE 2b + TOTALE 3 = PUNTEGGIO NOPPAIN

+ + + =

A U.S. Veterans Affairs METRIC™ educational product. Snow, A.L., O'Malley, K.J., Kunik, M.E., Cody, M., Bruera, E., Beck, C., & Ashton, C. Alteration of these materials is prohibited. This product can be copied and distributed free of charge for clinical or scholarly use. Development was supported by VA HSR&D and NIMH. Contact Dr. Snow at LynnA.Snow@med.va.gov

Versione italiana a cura di R.Ferrari, M.Visentini e P.Morandini. PROGETTO CURDOL, IPAB Proti-Salvi-Trento, Vicenza. Contattare dr. Ferrari a psic.terapiadolore@ulssvicenza.it



Data valutazione.....

Paziente.....

	0	1	2
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-Stokes
Vocalizzazione	Nessuna	Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta.	Smorfie.
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a scatti
Consolabilità	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura
			Punteggio totale

Scoring:

The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the scores is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. These ranges are based on a standard 0-10 scale of pain, but have not been substantiated in the literature for this tool.

FIRMA

Allegato VII



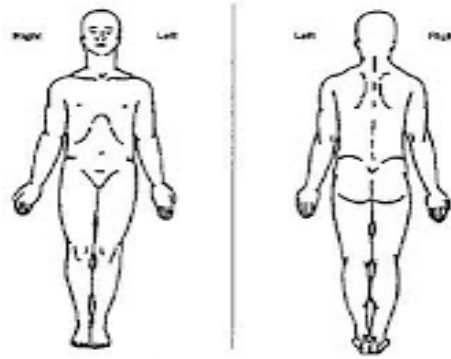
Cognome _____ Nome _____

Data _____ Ora _____

PUNTEGGIO SCALA NOPPAIN _____

Caratteristiche del dolore

Sede:



Tipo: pulsante urente gravativo trafittivo altro _____

Irradiazione: SI NO dove _____

Fattori allieventi/aggravanti: _____

Frequenza _____ volte al giorno/settimana/mese

Sintomi e segni associati _____

Interferenza col sonno SI NO

Interferenza con le ADL SI NO

Momento della giornata in cui peggiora: mattino pomeriggio sera notte

Influenza sull'umore SI NO

Depressione rabbia irrequietezza ansia altro _____

Terapia in corso

Beneficio della terapia SI NO IN PARTE

Note

Firma _____



Santa Rosa

**Scheda monitoraggio
dolore B**

Indice di revisione 1.0

Cognome _____ Nome _____

	0	1	2
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-Stokes
Vocalizzazione	Nessuna	Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto negative
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta.	Smorfie.
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a scatti
Consolabilità	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura
			Punteggio totale

Data	PAINAD	Eventuali interventi	note