

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE <i>RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO</i>	
		Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 1 di 15

RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore	dott.ssa Emanuela Zandonà Direttore Area Sistemi di Governance	dott. Eugenio Gabardi Direttore Sanitario

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	
		Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 2 di 15

INDICE

1	PREMESSA.....	3
2	SCOPO.....	3
3	PAROLE CHIAVE.....	3
4	MODALITA' OPERATIVE.....	5
	Accertamento e valutazione del dolore	5
	Trattamento del dolore	7
	Rivalutazione del dolore.....	7
	Continuità assistenziale	7
5	IMPEGNO ORGANIZZATIVO	7
6	ELENCO DEI DESTINATARI.....	9
7	BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	10
8	ALBERO DECISIONALE	11
	Allegato 1- Scala di valutazione del dolore nella demenza avanzata – PAINAD	12
	Allegato 2- Scheda per rilevare i segni del dolore nella demenza avanzata PAINAD	13
	Allegato 3 - Scheda per il monitoraggio del dolore	15

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 3 di 15

1 PREMESSA

Il dolore è un'esperienza soggettiva, la cui presenza e intensità sono misurate attraverso strumenti di autovalutazione (*self-report*) dal paziente. Tuttavia, ci sono **pazienti che non sono in grado di esprimere il proprio dolore** né verbalmente, né scrivendo o in altro modo efficace. La popolazione più numerosa in cui si riscontrano queste difficoltà è rappresentata dai **pazienti anziani con deterioramento cognitivo**, condizione in cui è documentato un **maggior rischio di sottotrattamento del dolore**, principalmente per la difficoltà di valutarne la presenza e l'intensità. Per accertare e gestire il dolore in questi pazienti la letteratura in materia evidenzia l'opportunità di non applicare una singola strategia/metodologia ma di utilizzare diversi interventi sequenziali. In particolare è raccomandato, quando possibile, l'utilizzo dell'autovalutazione da parte del paziente per poi proseguire con la ricerca delle possibili cause del dolore, con l'osservazione dei comportamenti del paziente e coinvolgendo la famiglia o il caregiver nella ricostruzione della storia del dolore del paziente.

Questo documento è stato elaborato dal Comitato Aziendale Ospedale Territorio Senza Dolore a seguito di un progetto formativo rivolto al personale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) e delle Aziende Provinciali per i Servizi alle Persone (APSP), che ha comportato la sperimentazione di più scale per la valutazione e misurazione del dolore nei pazienti con disturbo della sfera cognitiva.

I professionisti coinvolti hanno valutato la scala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) la più appropriata per il setting ospedaliero e territoriale.

Piano Nazionale Demenze

Approvato il **30 ottobre 2014**, dalla Conferenza Unificata l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze"

Le demenze, in crescente aumento nella popolazione generale, sono state definite secondo il Rapporto OMS e ADI del 2012 "una **priorità mondiale di salute pubblica**". Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'**età** e l'Italia è uno dei paesi con la più alta presenza di anziani.

In **Europa** si stima che:

prevalenza = maschi: dall'**1,6%** nella classe d'età 65-69 anni al **22,1%** in quella maggiore di 90 anni
donne: dall'**1%** al **30,8%**

incidenza = maschi: dal **2,4** per 1.000 anni - persona nella classe d'età 65- 69 anni al **40,1** per 1.000 anni - persona in quella maggiore di 90 anni;

donne: dal **2,5** all'**81,7** per le stesse classi di età.

La demenza di Alzheimer rappresenta il **54% - 60%** di tutte le demenze.

2 SCOPO

Uniformare i comportamenti degli operatori professionali che fanno parte dell'equipe assistenziale nella gestione del dolore nelle persone con deterioramento cognitivo presenti nelle **strutture ospedaliere e nei servizi territoriali** della APSS.

diritto dei soggetti che
"non hanno voce" a non
provare dolore inutile

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	
		Revisione 0
		april 2013
		Pagina 4 di 15

3 PAROLE CHIAVE

Dolore

Il dolore è "una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale. Il dolore è sempre un' **esperienza soggettiva**" (IASP- International Association for the Study of Pain-1979). Al fine di migliorare l'importanza della valutazione del trattamento del dolore l'American Pain Society nel 1996 ha definito il dolore "**quinto segno vitale**", da valutare sistematicamente come gli altri segni vitali.

Persona con deterioramento cognitivo

Persona adulta che, per una condizione clinica **permanente o temporanea, non è in grado di autovalutare e esprimere il proprio dolore**, ovvero non è in grado di comprendere la domanda, di rievocare l'evento dolore, di interpretare accuratamente l'esperienza provata come evento doloroso.

Coinvolgimento ed educazione dei familiari/ caregiver

Partecipazione attiva dei familiari di riferimento/caregiver per raccogliere informazioni relative alla storia della malattia e del dolore del paziente e per definire le modalità di collaborazione con l'equipe di cura nella gestione assistenziale.

Al fine di rimuovere eventuali pregiudizi e concezioni errate, è importante educare i familiari/caregiver ad una maggiore sensibilizzazione e attenzione al dolore attraverso:

- l'addestramento all'utilizzo di strumenti per l'accertamento e la valutazione;
- le conoscenze sulle modalità di trattamento (farmacologico e non farmacologico);
- le controindicazioni ed effetti negativi del dolore.

Questo approccio migliora l'**alleanza terapeutica** fra curanti e familiari/caregiver e fornisce un aiuto a tutte le persone coinvolte nel processo di cura.

Trattamento analgesico empirico (*analgesic trial*)

Trattamento farmacologico appropriato all'intensità presunta del dolore, basato sulla patologia del paziente e sui precedenti trattamenti, intrapreso qualora nel paziente, con deficit cognitivo grave i comportamenti da dolore persistano e dopo che siano state escluse o trattate altre possibili cause.

Trattamento farmacologico al bisogno (*rescue dose*)

Trattamento farmacologico specifico (terapia di salvataggio o al bisogno) in aggiunta alla terapia di base per la gestione del dolore in caso di crisi di dolore episodico intenso.

Strumenti per la valutazione dello stato mentale

- Mini Mental State Examination (MMSE)
- Clinical Dementia Rating Scale (CDR)

Strumenti per la valutazione del dolore

Scale unidimensionali per misurare l'intensità del dolore:

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 5 di 15

- Scale Analogiche visive (Visual Analogue Scales – VAS);
- Scale Verbali (Categorical Verbal Rating Scales – VRS);
- Scale Numeriche (Categorical Numerical Rating Scales – NRS)
- Scala a Faccine (Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale- FACE PAIN)

Scale osservazionali, basate sull'osservazione sistematica della persona in situazione di riposo e durante il movimento o le attività assistenziali, per le persone che non sono in grado di riferire il proprio dolore:

- Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Type “(DS-DAT);
- “Check list of Nonverbal Pain Indicators (CNPI);
- “Assessment of Discomfort in Dementia” (ADD);
- “Pain Assessment in Advanced Dementia” (**PAINAD**);
- “Nursing Assistant-Administered Instrument to Assess Pain in Demented Individuals” (NOPPAIN);
- “Pain Assessment Checklist for Seniors with severe Dementia (PACSLAC);
- “Doloplus-2 scale”.

4 MODALITA' OPERATIVE

Accertamento e valutazione del dolore

- a) La presenza del dolore deve essere accertata in **tutti i pazienti al momento della presa in carico**, indipendentemente dal setting assistenziale (ospedale, ambulatorio, domicilio..).
- Le scale per la valutazione del dolore devono essere applicate in modo congruente con lo stato cognitivo del paziente.

**identificazione dei
pazienti con dolore**

La **valutazione dello stato cognitivo** del paziente è un processo clinico complesso che si avvale anche di strumenti quali Mini Mental State Examination (MMSE) o Clinical Dementia Rating Scale (CDR). Nella tabella n.1 sono riportati degli esempi di correlazione tra valutazione dello stato cognitivo determinato dalle scale sopracitate e i relativi strumenti applicabili per la valutazione del dolore.

Tabella n.1 Punteggi o scale comportamentali e scelta dello strumento per la valutazione del dolore

Valutazione stato cognitivo	Scale per valutazione dolore
CDR 0-2 e MMSE 24-30	scale soggettive (VAS-NRS-FACE PAIN)
CDR 3 e MMSE 18-23	valutare paziente per paziente se autovalutazione o eterovalutazione
CDR 4-5 e MMSE 0-17 o non applicabile	scala PAINAD

tratto da - Pautex S. et al. (2006) Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? JAGS 54, 1040-1045)-Wheeler M.S. (2006) Pain assessment and management in the patient with mild to moderate cognitive impairment. Helix Review Series: Dementia 8(4), 16-20)

Pertanto, nell'approccio alla valutazione del dolore:

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	
		Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 6 di 15

	1. <u>quando possibile</u>, si deve tentare di raccogliere l'auto-valutazione del paziente e cioè: - chiedere se sta provando dolore; - usare strumenti con un linguaggio semplice, come le scale VRS-NRS-FACE PAIN, fare domande la cui risposta sia solo "sì-no", con attento ascolto dei "frammenti" di parola. Quando si somministrano questi strumenti devono essere osservate alcune regole: eliminare i possibili disturbi ambientali, evitare eccessive stimolazioni prima di cominciare la valutazione, ripetere le istruzioni, lasciare un tempo per rispondere e, se necessario, ripetere le domande utilizzando le stesse parole; - approfondire cause potenziali di dolore/disagio (patologie concomitanti, procedure invasive...); - osservare i segni comportamentali del dolore e ricercare recenti modifiche comportamentali che potrebbero essere dovute alla presenza di dolore 2. <u>quando il paziente non è in grado di comunicare il proprio dolore</u> si ricorre alla valutazione indiretta da parte degli operatori: - raccogliere informazioni dal caregiver, sanitario o familiare (<i>proxy report</i>) in quanto la loro maggiore conoscenza del paziente facilita il riconoscimento dei segni non verbali di dolore e i cambiamenti comportamentali non usuali per tipizzare i comportamenti derivanti da dolore; - utilizzare la scala PAINAD (allegato n. 1). La scala PAINAD è suddivisa in 5 item (respiro, vocalizzazioni, espressioni facciali, linguaggio del corpo e necessità di consolazione), con tre possibilità di risposta (0 assente, 1 lieve/moderato, 2 severo). Utilizzare la " <i>scheda per rilevare i segni del dolore nella demenza avanzata</i>" (allegato 2) dove sono illustrati gli indicatori di comportamento usuali delle persone con deterioramento cognitivo grave che avvertono dolore. Il punteggio totale va da 0 a 10, correlato al grado di dolore: 0-1: dolore assente; 2-4: dolore lieve; 5-7: dolore moderato; 8-10: dolore insopportabile; Quando il punteggio della scala PAINAD è uguale o superiore a 4 è necessario trattare il dolore; - approfondire cause potenziali di dolore/disagio (patologie concomitanti, procedure invasive...) - osservare i segni comportamentali del dolore e ricercare recenti modifiche comportamentali che potrebbero essere dovute alla presenza di dolore.
b)	Negli ospedali e negli Hospice il dolore deve essere sistematicamente rilevato almeno una volta al giorno e comunque sempre: - quando intervengono eventi che modificano la situazione clinica; - su segnalazione del paziente; - dopo un intervento che potrebbe essere doloroso per il paziente. valutazione presenza, natura e intensità del dolore in tutti i pazienti

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	
		Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 7 di 15

	Nei servizi territoriali quali cure primarie, ambulatori specialistici..., l'accertamento e la valutazione del dolore deve essere sistematicamente rilevata ad ogni accesso del paziente in ambulatorio o dall'operatore sanitario al domicilio.
c)	In presenza di dolore, è necessario procedere all'assessment completo attraverso: - anamnesi algologica (tipo di dolore, intensità, sede, irradiazione, tempo di comparsa, fattori allevianti/aggravanti, andamento nel tempo, beneficio terapie) - esame obiettivo - dove necessario, colloquio con i familiari/caregiver.
d)	documentazione presenza, natura e intensità del dolore in tutti i pazienti L'accertamento completo e accurato del dolore deve essere sempre puntualmente registrato nella documentazione sanitaria del paziente. L'utilizzo della "Scheda per il monitoraggio del dolore" (allegato 3) può costituire un utile strumento per la registrazione dei dati rilevati, coerentemente a quanto previsto dalla legge del 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". La modalità di documentazione è definita ed esplicitata in base al contesto assistenziale e in condivisione con tutti i professionisti coinvolti nella cura del paziente.
Trattamento del dolore	
a)	Il trattamento farmacologico e/o non farmacologico del dolore deve essere effettuato alla luce delle linee guida nazionali/internazionali in materia, se necessario anche attraverso l'attivazione di consulenze specialistiche. Il piano di cura deve tenere conto di eventuali comorbidità, stato funzionale, politerapia farmacologica e prevedere: - utilizzo di farmaci antidolorifici secondo la scala OMS, adiuvanti, terapie non farmacologiche finalizzate al comfort del paziente; - somministrazione a orari prestabiliti e integrazione al bisogno(<i>rescue-dose</i>); - eventuale pre-medicazione qualora il paziente sia sottoposto a interventi/procedure potenzialmente dolorose; - verifica della tollerabilità e del risultato. Se i comportamenti da dolore persistono dopo che altre possibili cause sono state escluse o trattate dovrebbe essere garantito al paziente un trattamento analgesico empirico.
b)	Devono essere puntualmente riportati nella documentazione del paziente i dati relativi al trattamento antalgico(farmacologico e/o non farmacologico), ai farmaci utilizzati e i relativi dosaggi.

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 8 di 15

Rivalutazione del dolore		rivalutazione del dolore
a)	<u>Il dolore deve essere rivalutato</u> con la stessa metodologia utilizzata per l'accertamento, in base al trattamento effettuato, periodicamente e comunque ogni volta che le condizioni cliniche del paziente lo rendano necessario (prima e dopo interventi assistenziali che potrebbero causare dolore, manovre invasive, ecc...).	
b)	Devono essere puntualmente riportati nella documentazione del paziente il risultato antalgico conseguito e gli eventuali effetti collaterali. Analogamente deve essere documentata l'eventuale modifica del trattamento.	
Continuità assistenziale		rete assistenziale
a)	In questa tipologia di pazienti, soprattutto per quelli che hanno una grave limitazione nel riferire il proprio dolore, risulta particolarmente importante che gli operatori condividano le informazioni raccolte con l'accertamento e la valutazione del dolore (caratteristiche dei comportamenti del dolore specifici per quel paziente) al fine di rendere omogenea l'assistenza a quel paziente indipendentemente dal luogo di cura. Questa indicazione si fonda sull'indispensabile processo di comunicazione e collaborazione che deve esserci fra i curanti, poiché solo attraverso l'interdisciplinarietà e l'ascolto tra tutti il dolore può essere controllato nel modo più appropriato. <u>Alla dimissione dall'ospedale o alla conclusione della prestazione ambulatoriale e nel momento dell'invio del paziente in ospedale</u> il personale sanitario adotta le iniziative idonee per garantire la continuità delle cure e il follow up del paziente, utilizzando anche i sistemi informativi aziendali che consentono la condivisione dei flussi informativi tra gli operatori, sia che questi operino in ospedale che sul territorio. Nella lettera di dimissione(ospedaliera e territoriale) e/o nel referto da/per il Medico di Medicina Generale e da/per i Servizi Territoriali deve essere indicato: lo strumento utilizzato per la valutazione del dolore, la terapia da proseguire specificando chiaramente tempi e modi di assunzione e le modalità per contattare le strutture di riferimento in caso di necessità. Per facilitare l'accesso alle terapie i medici ospedalieri prescrivono direttamente i farmaci nei pazienti in dimissione. Gli operatori sanitari devono dare ai familiari di riferimento o ai caregiver informazioni, sia verbali che scritte, complete e comprensibili, sulla gestione del dolore e sui comportamenti da tenere in caso di utilizzo di dispositivi, farmaci e su eventuali trattamenti al bisogno. Inoltre, i familiari/caregiver devono essere addestrati all'utilizzo degli strumenti per la valutazione del dolore al fine di permettere una lettura oggettiva e confrontabile della situazione assistenziale tra le persone coinvolte nella gestione del paziente.	

5 IMPEGNO ORGANIZZATIVO

Monitoraggio

- consumo dei farmaci antidolorifici (annuale) negli ospedali e nei distretti ;

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	
		Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 9 di 15

- indagine annuale di soddisfazione sulla gestione del dolore nelle strutture aziendali (con consegna questionari a familiari e/o caregiver);
- esame periodico di campioni di cartelle cliniche o altra documentazione per verifica adesione alle raccomandazioni per la gestione del dolore.

Formazione

Allo scopo di promuovere una formazione adeguata di tutti gli operatori che intervengono sulla persona con deterioramento cognitivo, in collaborazione con il Servizio Formazione aziendale è attuato un programma di formazione continua accreditato ECM.

6 ELENCO DEI DESTINATARI

PER INTERESSE PRIMARIO

- DIRETTORE DEL SOP
- DIRETTORI DI STRUTTURA OSPEDALIERA
- DIRETTORI DI DISTRETTO
- DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- DIRETTORI DI DIPARTIMENTO
- DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA
- COORDINATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- RESPONSABILE SERVIZIO FARMACEUTICO AZIENDALE
- RESPONSABILE SERVIZIO FORMAZIONE AZIENDALE

PER CONOSCENZA

- DIRETTORE GENERALE
- DIRETTORE INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
- SERVIZIO GOVERNANCE CLINICA
- ALTRI SOGGETTI INTERESSATI (STRUTTURE ACCREDITATE CON APSS)

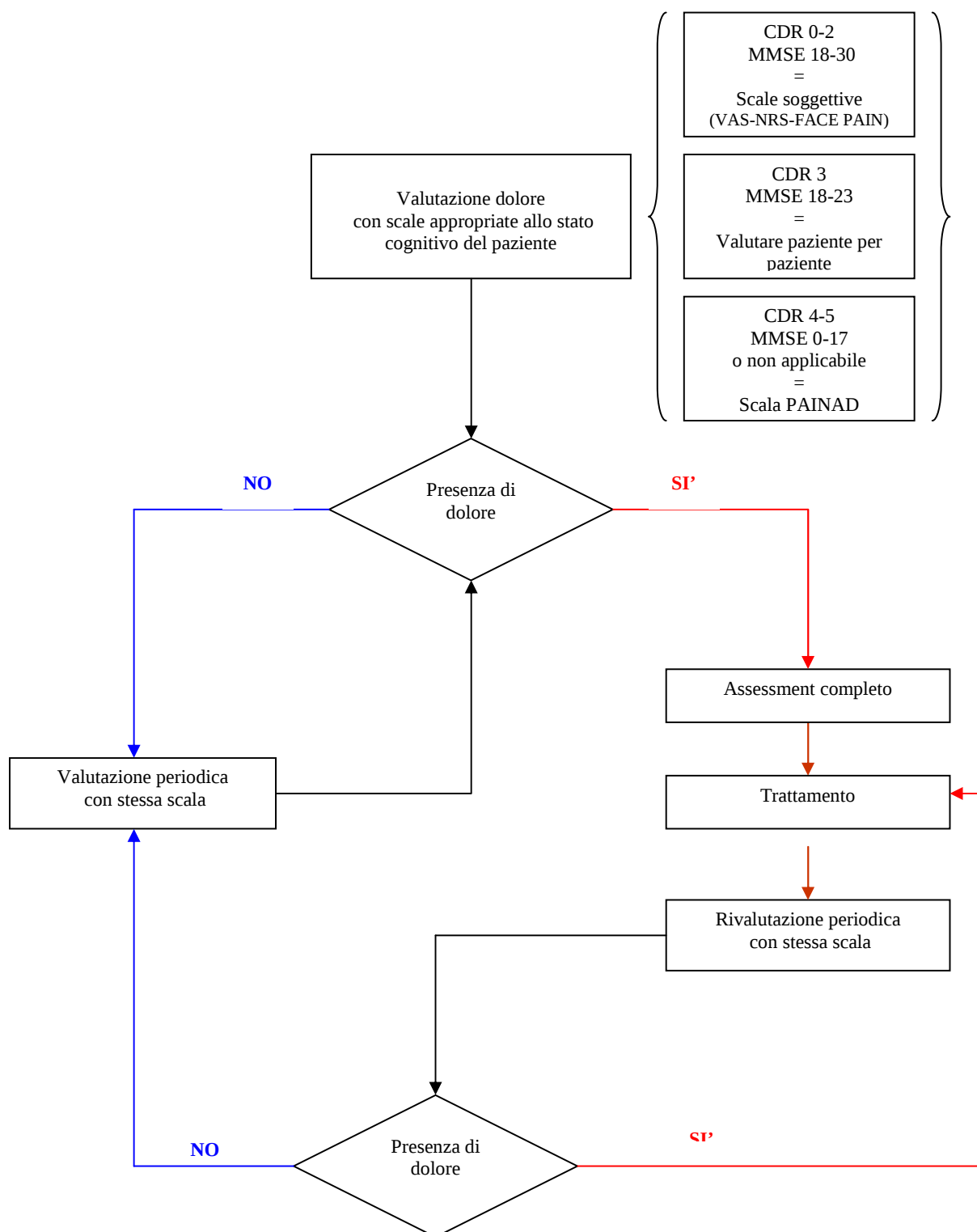
Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 10 di 15

7 BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- American Geriatric Society (2002) The management of persistent pain in older person. *Journal of American Geriatrics Society* **6**, s205-24;
- Brugnolli A.(2007) La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* **26** (1), 38-45;
- Herr K., Bjoro K., & Decker S. (2006) Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. *Journal of Pain and Symptom Management* **31**(2), 170-192;
- Herr K., Coyne P.J., Manworren R., McCaffery M., Merkel S., Peolosi-Kelly J., Wild L., & American Society for Pain Management Nursing (2006) Pain assessment in the nonverbal patient: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing* **7** (2), 44-52;
- Horgas A.L., Elliott, A.F., & Marsiske, M. (2009) Pain assessment in persons with dementia: Relationship between self-report and behavioral observation. *JAGS* **57**(1), 126-132;
- Horgas A.L., Miller L.A. (2008) How to Try This: Pain assessment in people with dementia. *American Journal of Nursing*, **108**(7), 62-70;
- Mosele M., Inelmen E.M., Toffanello E.D., Girardi A., Coin A., Sergi G. & Manzato E. (2012) Psychometric Properties of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale Compared to Self Assessment of Pain in Elderly Patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* **34**, 38–43;
- Pautex S, et al. (2006) Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *JAGS* **54**, 1040-1045;
- Saiani L., Brugnolli A. (2011) Gestione del dolore acuto e cronico. In Sorbona (Eds) *Trattato di cure infermieristiche* (pp 808-839) Napoli: Casa editrice Idelson – Gnocchi srl;
- Sentagen EA, King SA (1993) The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, **41**(5), 541-544;
- Trabucchi M., Franzoni S. & Giraudo F.L. (2009) 1° edizione *Il dolore nelle residenze sanitarie assistenziali* (pp 53-63) Roma: Carocci editore;
- Warden, V., Hurley, A.C., & Volicer, L. (2003) Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) Scale. *Journal of the American Medical Directors Association* **4**(1), 9-15;
- Wheeler MS. (2006) Pain assessment and management in the patient with mild to moderate cognitive impairment. *Helix Review Series: Dementia* **8**(4), 16-20;
- Zwakhalen S.M.G., Hamers J.P.H., Abu-Saad H.H. & Berger M.P.F (2006) Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *B.M.C. Geriatrics* [online] Jan 27, **6**(3);
- Zwakhalen, S.M., Hamers, J.P., & Berger, M.P. (2006) The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain* **126** (1-3), 210-20.

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 11 di 15

8 ALBERO DECISIONALE



Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 12 di 15

ALLEGATO 1- Scala di valutazione del dolore nella demenza avanzata – PAINAD

PAINAD - Scala di Valutazione del Dolore nella Demenza Avanzata

PAINAD scale: Warden V, Hurley AC, Volicer L. 2003

Item*	0	1	2	Punteggio
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respirazione a volte difficoltosa. Brevi periodi di iperventilazione	Respirazione difficoltosa e rumorosa. Lunghi periodi di Iperventilazione. Respirazione Cheyne-Stokes	
Vocalizzazione (del dolore)	Assente	Lamenti o gemiti occasionali. Espressione vocale di basso livello (mormorii o borbottii) con un significato negativo o disapprovatorio	Frasi ripetute in modo agitato usate come modo per richiamare l'attenzione (perseverazioni).Lamenti o gemiti ben distinguibili (ad alto volume).Pianto.	
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste Spaventata Accigliata	Smorfie di dolore	
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso, movimenti nervosi,irrequietezza	Rigida. Pugni chiusi. Ginocchia flesse. Tira o spinge via. Atteggiamento violento	
Necessità di consolazione	Nessun bisogno di essere consolato	Distratto o rassicurato dalla voce o dal contatto	Paziente inconsolabile,impossibile da distrarre o rassicurare	
**Totale				

DA TRATTARE ➤

Dolore 0 - 1 ASSENTE	Dolore 2 - 3 LIEVE	Dolore 4 - 5 MODERATO	Dolore 6 - 7 FORTE	Dolore 8 - 9 MOLTO FORTE	Dolore 10 INSOPPORTABILE
----------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------------	-----------------------------

- La scala PAINAD è composta da 5 item, le modalità per rilevarli sono presenti nella "SCHEDA PER RILEVARE I SEGNI DEL DOLORE NELLA DEMENZA AVANZATA"
- ** Il punteggio totale va da 0 a 10 (totalizzato sommando il punteggio da 0 a 2 per ciascuna voce)

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	
		Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 13 di 15

ALLEGATO 2- Scheda per rilevare i segni del dolore nella demenza avanzata PAINAD

SCHEDA PER RILEVARE I SEGNI DEL DOLORE NELLA DEMENZA AVANZATA

PAINAD (PAINAD scale: Warden V, Hurley AC, Volicer L. 2003)

Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)

1. Il respiro va considerato normale quando è senza sforzo, calmo e caratterizzato da respirazioni ritmiche (regolari).
2. La respirazione occasionalmente difficoltosa è caratterizzata da episodi improvvisi di respirazione faticosa, difficile e fastidiosa.
3. Il breve periodo di iperventilazione è caratterizzato da intervalli di rapide e profonde respirazioni che durano un breve periodo di tempo.
4. La respirazione difficoltosa e rumorosa è caratterizzata da rumori respiratori negativi nell'inspirazione o nell'espirazione. Questi rumori possono essere ad alto volume, gorgoglianti o affannose. Essi fanno apparire la respirazione faticosa.
5. Il lungo periodo di iperventilazione è caratterizzato da rapide e profonde respirazioni che durano un tempo considerevole.
6. Le respirazioni Cheyne-Stokes sono caratterizzate da fasi ritmiche crescenti e calanti della respirazione, passando da respirazioni molto profonde a superficiali, con periodi di apnea (intesa come cessazione del respiro).

Vocalizzazione del dolore

1. Con "assente" si intende che ci sia una vocalizzazione neutra o che esprime benessere
2. Lamenti o gemiti occasionali sono caratterizzati da suoni lamentosi, mormorii, lamenti o gemiti. Si considera che il paziente si lamenti (in maniera vera e propria) quando vocalizza suoni involontari e inarticolati, i quali spesso cominciano e finiscono improvvisamente.
3. Con il termine di "Espressione vocale di basso livello con un significato negativo o disapprovatorio" si intende che il paziente borbotti, mormori, piagnucoli, bestemmii o dica tra sé insulti a bassa voce con un tono sarcastico, caustico o di riprovazione.
4. I richiami ripetuti e agitati vanno intesi come frasi o parole usate ripetutamente in un modo che comunichi ansia, disagio o angoscia.
5. I lamenti ad alto volume sono caratterizzati da gemiti, suoni lamentosi e lamenti ad un volume più alto del solito. Si considera che il paziente si lamenti ad alto volume quando vocalizza suoni involontari ed inarticolati ad alto volume, i quali spesso cominciano e finiscono improvvisamente.
6. Il pianto è caratterizzato da un'espressione emotiva accompagnata da lacrime. Ci possono essere singhiozzi o un pianto calmo (silenzioso).

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	
		Revisione 0
		aprile 2013
		Pagina 14 di 15

Espressione facciale

- 1) Il sorriso è caratterizzato dagli angoli della bocca sollevati verso l'alto, occhi che si illuminano ed uno sguardo che comunica un senso di piacere o appagamento. Con un'espressione facciale inespressiva si intende che il paziente abbia un'espressione neutra, o che comunichi di essere a proprio agio, un aspetto rilassato o assente.
- 2) Un'espressione triste è caratterizzata da un aspetto scontento, che esprima solitudine, dolore o scoraggiamento. Possono essere presenti lacrime agli occhi.
- 3) Un'espressione spaventata è caratterizzata da uno sguardo che comunica paura, senso di allarme o di accresciuta ansietà. Gli occhi sono sbarrati.
- 4) Un'espressione accigliata è caratterizzata dagli angoli della bocca rivolti verso il basso. Ci può essere anche un corrugamento della fronte ed intorno alla bocca.
- 5) Si dice che il paziente faccia delle smorfie di dolore per indicare che abbia uno sguardo distorto (dal dolore) che esprima disagio. Le sopracciglia (ma si può intendere l'intera fronte) sono più corrugate così come l'area intorno alla bocca. Gli occhi possono essere ermeticamente chiusi.

Linguaggio del corpo

- 1) Con rilassato si intende caratterizzato da un aspetto calmo, riposato, dolce. La persona sembra a proprio agio.
- 2) Teso vuol dire caratterizzato da un aspetto preoccupato, apprensivo o sforzato. Le mascelle possono essere serrate (escludendo contratture preesistenti)
- 3) Con ritmo alterato si intende che il movimento del paziente è caratterizzato da un'attività che sembra afinalistica. Può essere presente un elemento di paura, preoccupazione o disturbo. Il ritmo può essere più veloce o più lento.
- 4) L'irrequietezza è caratterizzata da movimenti frenetici. Potrebbe verificarsi che il paziente si contorca o si dimeni sulla sedia. Potrebbe agganciarsi ad una sedia e trascinarsela dall'altra parte della stanza. Può venire anche osservato che il paziente tocchi, tiri o sfregghi ripetutamente parti del proprio corpo.
- 5) Con rigidità si intende l'irrigidimento del corpo. Le braccia e le gambe vengono tenute strette e poco flessibili. Il tronco può apparire dritto e inflessibile (escludendo altre contratture)
- 6) Con pugni serrati si intende che il paziente tenga le mani chiuse strettamente. Può anche darsi sia che le apra e le chiuda ripetutamente sia che le tenga chiuse strettamente.
- 7) Con ginocchia tirate su si intende che fletta le gambe e tiri le ginocchia su verso il torace. Assume una posizione fetale (escludendo contratture).
- 8) Tirare o spingere via significa esprimere resistenza all'approccio o alla cura. Il paziente cerca di sfuggire divincolandosi o spingendovi via
Con atteggiamenti violenti si intende colpire, dare calci, dare pugni, afferrare, mordere o altri tipi di assalti.

Necessità di consolazione

- 1) Con "nessun bisogno di consolazione" si intende che il paziente esprime un senso di benessere. Appare soddisfatto.
- 2) Distratto o rassicurato dalla voce o dal contatto significa che la persona interrompe quanto sta facendo quando le si rivolge la parola o durante il contatto. Il comportamento (l'attività) si interrompe durante il periodo di interazione senza dare alcuna indicazione di disagio.
- 3) Con "impossibile da consolare, distrarre o rassicurare" si intende che non si riesce a consolare la persona o a interrompere il comportamento con parole o azioni. Nessun conforto, verbale o fisico, attenuerà il comportamento.

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	COMITATO AZIENDALE OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA CON DETERIORAMENTO COGNITIVO	Revisione 0
		aprile 2013
	Pagina 15 di 15	

ALLEGATO 3 - Scheda per il monitoraggio del dolore

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento		SCHEDA PER IL MONITORAGGIO DEL DOLORE						NOME _____ COGNOME _____ UNITÀ OPERATIVA _____ N° CARTELLA _____							
VALUTAZIONE								RIVALUTAZIONE							
DATA	ORA	STATO MENTALE	LIVELLO DOLORE	SEDE	CARATT.	INTERVENTI	FIRMA	DATA	ORA	LIVELLO	EFFETTI	FIRMA			
													10		
													9		
													8		
													7		
													6		
													5		
													4		
													3		
													2		
													1		
													0		

LEGENDA:

STATO MENTALE	1. ANSIOSO AGITATO O IRREQUIETO	2. TRANQUILLO, ORIENTATO E COLLABORANTE	3. RISPONDE AI COMANDI
	4. RISPOSTA VIVACE AD UNA LEGGERA PRESSIONE SULLA GIALBELLA O AD UN FORTE STIMOLO UDITIVO	5. RISPOSTA RALLENTATA AD UNA LEGGERA PRESSIONE SULLA GIALBELLA O AD UN FORTE STIMOLO UDITIVO	6. NESSUNA RISPOSTA AD UNA LEGGERA PRESSIONE SULLA GIALBELLA O AD UN FORTE STIMOLO UDITIVO
SEDE DEL DOLORE	A. ADDOMINALE C. CAPO	S. SCHIENA F. FERITA SEDE INTERVENTO	T. TORACE SP. ALTRO SPECIFICARE
CARATTERISTICHE (CARATT.)	DPL. DOLORE PULSANTE	DS. DOLORE SORDO	DPT. DOLORE PENETRANTE
INTERVENTI	Fam. FARMACOLOGICI NON Fam. NON FARMACOLOGICI (SPECIFICARE)		
EFFETTI	1. ANSIA 5. SUDORAZIONE 9. IPOTENSIONE	2. AGITAZIONE 6. NAUSEA 10. STIPSI	3. SEDAZIONE 7. VOMITO 11. PRURITO
			4. CLONIE 8. ALTRO 12. RITENZIONE URINARIA/CATETERE

IN CASO DI PCA/EPIDURALE UTILIZZARE SCHEDA APPOSITE

DIR / OSP / 58