

Ilaria Ferretta

Infermiera, Laurea in Infermieristica
Università degli Studi di Milano

*Nurse, Graduated in Nursing,
University of Milan, Milan
ilariaferretta8@gmail.com*

Annalisa Alberti

Direttore didattico CLI Università degli
Studi di Milano, Direttore Centro di
Cultura e Ricerca Infermieristica ASST
Rhodense

*Teaching Director, Rho section, University
of Milan – Director of the Center for Nursing
Culture and Research Experiences ASST
Rhodense, Rho, Milan*

Anne Destrebecq

Professore Ordinario di Scienze
Infermieristiche Università degli Studi
di Milano Dipartimento di Scienze
Biomediche per la Salute - Presidente
Corso di Laurea in Infermieristica

*Professor, President of the Degree Course in
Nursing, University of Milan, Milan*

Il sintomo dolore nella persona con disturbi cognitivi: ruolo dell'infermiere una revisione della letteratura

*The pain symptom in the person with cognitive disorders: role
of the nurse a literature review*

**RIASSUNTO**

Introduzione. Il sintomo dolore è spesso difficile da riconoscere nei soggetti affetti da disturbi cognitivi. La letteratura evidenzia come sia un problema molto presente nei diversi setting assistenziali. Il ruolo dell'infermiere risulta fondamentale per dare voce, attraverso apposite scale di valutazione, a questi soggetti cosicché il loro dolore possa essere riconosciuto, registrato e trattato. **Materiali e metodi.** Lo studio condotto si fonda sulla revisione della letteratura mediante consultazione delle principali banche dati: PubMed e EBSCOhost. Sono stati identificati nei criteri d'inclusione tutti gli studi realizzati tra il 2010-2020 e reclutati soggetti adulti di età compresa tra 65 e 90 anni con diagnosi di Morbo di Alzheimer e Demenza senile. Tra i criteri di esclusione si annoverano gli studi in letteratura condotti prima del 2010 e i soggetti adulti con età minore di 65 anni con diagnosi di patologie psichiatriche. Risultati: dopo screening degli articoli proposti, sono stati inclusi 11 studi e la Scala PAINAD è risultata lo strumento più indicato nel rilevare il dolore nel paziente con demenza. **Discussione e conclusioni.** Dopo disamina degli strumenti disponibili in letteratura, emerge che la Scala PAINAD risulta lo strumento più appropriato, più rapido da somministrare e adattabile a diversi setting. I soggetti affetti da forme di demenza non sono in grado di comunicare ed esprimere il loro dolore attra-

verso i comuni strumenti di rilevazione self-report presenti nei vari setting assistenziali, dunque andrebbero introdotti strumenti specifici e validati, al fine di poterli somministrare quotidianamente a pazienti affetti da demenza. L'infermiere, è una figura centrale nella rilevazione e valutazione accurata e tempestiva del sintomo dolore, andrebbe approfondito il percorso di formazione riguardante la gestione del dolore nei soggetti affetti da disturbi cognitivi, poiché riconoscerne e misurarne caratteristiche ed intensità, si ritiene siano tappe di fondamentale importanza quando si considera la cura complessiva dei soggetti affetti da demenza. **Parole chiave.** Observation scale; pain in Alzheimer; nurse; dementia; dementia care; dementia treatment; nursing assessment.

SUMMARY

Introduction. the pain symptom is often difficult to recognise in people with cognitive disorders. The literature highlights how it is a very present problem in different care settings. The nurse's

role is essential to give voice, through appropriate scales, to these subjects so that their pain can be recognised, recorded, and treated. **Materials and methods.** The study is based on a literature review through consultation of the main databases: PubMed and EBSCOhost. All studies carried out between 2010-2020 and recruited adults aged 65 to 90 years diagnosed with Alzheimer's disease, and dementia were identified in the inclusion criteria. Exclusion criteria include studies in the literature conducted before 2010 and adult subjects under 65 years of age diagnosed with psychiatric disorders. **Results.** After screening the proposed articles, 11 studies were included, and the PAINAD Scale was the most suitable tool to detect pain in patients with dementia. **Discussion and conclusions.** after examination of the tools available in the literature, it appears that the PAINAD Scale is the most appropriate tool, quickest to administer and adaptable to different settings. People with dementia are unable to communicate and express their pain through the common self-reporting tools available in the various care settings; thus, specific and validated tools should be introduced in order to administer them daily to patients with dementia. The nurse, who is a central figure in the accurate and timely detection and evaluation of pain symptoms, should be further developed in the training course concerning pain management in people suffering from cognitive disorders, since recognising and measuring its characteristics and intensity is considered to be of fundamental importance when considering the overall care of people who have dementia. **Key words.** observation scale; pain in Alzheimer's; nurse; dementia; dementia care; dementia treatment; nursing assessment.

INTRODUZIONE

Il dolore è stato definito dall'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) come "un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale." Questa definizione è stata recentemente ampliata dall'aggiunta di sei note e dall'etimologia della parola "dolore" poiché neonati, anziani e animalirisultavano esclusi. Le note aggiunte sono le seguenti:

- il dolore è sempre un'esperienza personale influenzata da fattori biologici, psicologici e sociali.
- il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi.
- le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
- il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato.
- sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico.
- la descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore, l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore. Etimologicamente il termine deriva dal latino "poena" che significa pena, punizione, in greco dal termine "πoινή" pena, pagamento, ricompensa (1).

Si possono distinguere, dal punto di vista clinico, tre tipologie di dolore:

- **Dolore acuto**
- **Dolore cronico**

• Dolore procedurale

Il dolore acuto, ha una causa generalmente chiara, è normalmente localizzato e tende a diminuire con la guarigione. Il dolore cronico invece è duraturo nel tempo, persiste anche quando la causa iniziale è stata limitata. Il dolore procedurale, infine, rappresenta un evento temuto e stressante per la persona che lo associa a sentimenti di ansia e paura. Per quanto riguarda l'eziopatogenesi, il sintomo si classifica in: nocicettivo, neuropatico, psichico e misto che vede la presenza di tutte le componenti precedenti. Il professionista infermiere, secondo l'articolo 18 del Codice Deontologico del 2019 previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura, pertanto è colui che si avvicina al soggetto attivandosi per contrastare il sintomo e alleviare la sofferenza adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari. L'infermiere ha il dovere di dare voce e cura al dolore del soggetto affetto da disturbi cognitivi, la letteratura fornisce diversi strumenti di rilevazione che vanno ad indagare e misurare non solo i parametri fisiologici ma anche il linguaggio del corpo (2). Il sintomo dolore è un disturbo comune tra gli anziani, circa il 25-50% delle persone integre dal punto di vista cognitivo ed autonome, lamentano una qualche forma di dolore. La percentuale di presenza di dolore in coloro che sono ricoverati in casa di riposo sale al 40-80%. Tra questi soggetti, il 50-60% è affetta da disturbo cognitivo, patologia che comporta un maggior rischio di sottotrattamento del sintomo dolore, in primis per difficoltà nella rilevazione. Nei soggetti con decadimento cognitivo, il disturbo, rende incapace il soggetto di riconoscere il dolore, ricordarlo, quantificarlo e comunicarne spontaneamente la presenza. Il dolore viene espresso attraverso segnali quali cambiamenti del comportamento, alterazioni neurovegetative, disturbi del sonno e dell'appetito, disturbi motori, vocalizzazioni (3). L'evidenza indica che circa il 60%-80% dei soggetti con demenza nelle case di cura sperimenta regolarmente dolore, più comunemente correlato a condizioni muscolo-scheletriche, gastrointestinali e cardiache; infezioni genito-urinarie e ulcere da pressione (4). Le persone con demenza grave sembrano provare un'intensità del sintomo dolore simile a quelle con demenza lieve; molti soggetti affetti da demenza vivranno il resto della loro vita in case di cura. È fondamentale determinare strategie appropriate alla gestione del dolore in questi contesti. Il dolore mal trattato nelle case di cura è stato ampiamente documentato. Le ragioni attribuite ai risultati ottenuti includono la sensazione che gli infermieri e gli altri operatori professionali che somministrano scale valutative del dolore non siano adeguatamente formati circa la valutazione e la gestione del dolore (8). L'infermiere dovrebbe essere formato e sensibilizzato nel favorire cambiamenti, anche a livello delle proprie competenze, per costituire team di lavoro multidisciplinari che abbiano una solida base guida da seguire per fornire assistenza ai soggetti che non utilizzano la comunicazione verbale per esprimere emozioni e sensazioni. L'infermiere è il professionista sanitario leader in prima linea nella valutazione del dolore, lo previene, rileva e documenta durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto della volontà del paziente. Inoltre secondo la Legge 38/2010 all'articolo 7 si rende obbligatorio riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica.(7) Nella cartella infermieristica, devono essere riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, scegliendo gli strumenti più

adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la rilevazione del sintomo(8). Emerge l'importanza di somministrare scale osservative per valutare il sintomo nei soggetti affetti da disturbi cognitivi; molti degli strumenti presenti in letteratura devono però essere convalidati in questi soggetti e validati nei vari setting assistenziali. La maggior parte degli studi e strumenti analizzati sono in lingua Inglese, vi è scarsità di altri strumenti validati in diverse lingue e culture in quanto la maggior parte degli studi emersi è stata condotta su popolazione occidentale e questo pone un limite riguardo le differenze etniche e culturali sul sintomo. L'obiettivo dell'elaborato è identificare, tra gli strumenti proposti dalla letteratura, quello ritenuto più idoneo per la rilevazione e valutazione del dolore nei soggetti con disturbi cognitivi, con particolare riferimento a persone adulte affette da Morbo di Alzheimer e Demenza senile.

MATERIALI E METODI

Lo studio condotto si fonda sulla revisione della letteratura a fronte della definizione di una stringa di ricerca facendo riferimento al modello PIO così declinato:

Population: soggetti adulti affetti da disturbi cognitivi di età compresa tra 65 e 90 anni.

Intervention: analisi degli strumenti di rilevazione del dolore disponibili in letteratura per i pazienti con disturbi cognitivi.

Outcome: identificazione della scala del dolore maggiormente rappresentativa per la categoria di soggetti selezionati.

Le banche dati consultate sono EBSCOhost e PubMed, attraverso la definizione delle parole chiave come termini liberi e come MeSh. Le parole chiave combinate con gli operatori booleani AND/OR sono state le seguenti:

- observation scale
- pain in Alzheimer
- nurse
- dementia
- dementia care
- dementia treatment
- nursing assessment.

I limiti impostati per la ricerca sono:

- Lingua italiano/inglese
- Abstract disponibile
- Free full text
- Review

La revisione è stata condotta ponendo come criteri d'inclusione:

- studi realizzati tra il 2010-2020
- persone adulte di età compresa tra i 65 e i 90 anni con diagnosi di Morbo di Alzheimer e Demenza senile.

Come criteri d'esclusione invece:

- studi emersi dalla letteratura condotti prima del 2010
- soggetti adulti con età minore di 65 anni con diagnosi di patologie psichiatriche.

Dopo selezione degli articoli emersi, sono stati analizzati quelli pertinenti da includere nella revisione. La ricerca degli articoli validi è avvenuta da Febbraio 2020 a Luglio 2020.

È stato definito il PRISMA Flow Diagram che, a fronte della stringa di ricerca così strutturata:

"Nursing assessment AND Alzheimer pain OR dementia pain", ha generato 293 record, di cui 282 esclusi e 11 articoli rilevati pertinenti per titolo e abstract, affini alla ricerca impostata.

RISULTATI

Analizzando la letteratura selezionata emerge come il gold-standard per la valutazione del sintomo dolore, sia il self-report e le scale di tipo auto valutativo come Verbal Rating Scale (VRS), Numeric Rating Scale (NRS), FacesPain Scale (FPS), Visual Analogue Scale (VAS), Coloured Analogue Scale (CAS) e McGill Pain Questionnaire (Short Form).(9) Anche nello studio condotto da Bianchetti nel 2017, emergono questi strumenti di valutazione del dolore self-report in adulti affetti da decadimento cognitivo lieve moderato, mentre per i soggetti affetti da decadimento cognitivo più grave, la valutazione è affidata all'osservazione dell'equipe; gli strumenti ritenuti più affidabili sono le scale di tipo osservazionale. Le scale di tipo osservazionale, validate in lingua italiana invece, sono la Pain Assessment in Advance Dementia (PAINAD), la Abbey Pain Scale (ABBEY), la Non- Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN), la Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT) e la ALGOPLUS. La scala PAINAD risulta la scala più emergente, è infatti riportata in 6 articoli selezionati. Dallo studio fatto da Monacelli nel 2017, che si pone come obiettivo quello di accertare le proprietà della Scala Algoplus comparandola con la scala PAINAD, si determina che siano entrambe valide per la valutazione nelle persone con demenza (10).

Diversi autori sostengono che possa essere utilizzata nella ricerca e nei setting clinici come parte di un approccio globale alla valutazione del dolore. Inoltre si caratterizza per una ridotta quantità di tempo per la somministrazione e non richiede una conoscenza estensiva del paziente. Nello studio condotto da Lichtner nel 2014, la scala PAINAD ha la più alta correlazione con le valutazioni del dolore eseguite da infermiere/medico. Inoltre, in questo studio viene giudicata come necessaria la formazione nell'uso dello strumento valutativo da parte dell'equipe medico sanitaria. Lichtner sostiene che la scala PAINAD sia uno, fra i migliori strumenti, adatto alla valutazione del sintomo dolore nei soggetti che dimostrano di non essere in grado di esprimere verbalmente il proprio dolore.(2) In uno studio pilota condotto da Peisah nel 2014, all'interno di 15 strutture residenziali per anziani a nord di Sydney, lo staff (composto da responsabili dell'assistenza o direttori infermieristici, infermieri e operatori sanitari) è stato intervistato circa la frequenza e valutazione del dolore; la scala utilizzata era la PAINAD che veniva però integrata con un altro strumento valutativo, la Abbey Pain Scale. Il dolore veniva valutato in modo proattivo e gli strumenti valutativi del sintomo dolore sono stati utilizzati di routine. È però emerso che la maggior parte delle volte la valutazione era guidata da normative o revisione di routine (ogni 3-12 mesi), piuttosto che da esigenze del paziente (11). Storti, afferma che la PAINAD è limitata nella misurazione indiretta dell'intensità del dolore e che i risultati, inoltre, fondamentale la conoscenza del paziente per poter distinguere un disturbo del comportamento abitualmente manifestato dal paziente da un disturbo con il quale il soggetto potrebbe invece comunicare la presenza di dolore (9).

Un'ulteriore scala descritta in letteratura è stata la Abbey Pain Scale, considerata da Storti adatta a valutare l'intensità del dolore nel paziente con decadimento cognitivo (9). Secondo lo studio condotto da Corbett nel 2012, la MOBID2 sembra essere una scala più robusta tra gli strumenti di osservazione. Le valutazioni sono basate sul comportamento del dolore in seguito all'esecuzione di una serie di movimenti fisici prescritti. Questo strumento aggiunge nuove pro-

spettive relative alla localizzazione del dolore e all'interpretazione dell'intensità del dolore dai comportamenti dolorosi osservati. Gli studi indicano aspetti ad alta e eccellente affidabilità e validità di questa scala di valutazione del sintomo dolore, inclusa la fattibilità della pratica clinica (6). Un altro studio condotto in Norvegia sempre da Corbett, nel 2014, pone l'attenzione su come il soggetto con demenza sviluppi deterioramento fisico e cognitivo, ridotta qualità di vita, aumento del rischio di caduta, disturbi dell'appetito e del sonno (12). Bradford mette in luce l'intervento di prova seriale (STI) sviluppato da Kovach che offre un'applicazione pratica del monitoraggio del dolore e del disagio. L'intervento di prova seriale è un processo graduale con il quale l'infermiere valuta i bisogni fisici e sensoriali in modo appropriato fino a quando i sintomi comportamentali sono ridotti del 50% o più del 57% (5).

La revisione della letteratura proposta da Storti nel 2014, è lo studio che descrive il maggior numero di scale per la valutazione del dolore. La Non Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN), valuta la presenza e l'intensità del dolore osservando comportamenti specifici, è indicata per la rilevazione del sintomo dolore in fase iniziale. La Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT) misura la frequenza, l'intensità e il grado di "discomfort" nel soggetto anziano con demenza. Il Brief Pain Inventory (BPI) è stato validato in italiano per i soggetti che soffrono di dolore cronico, inizialmente lo strumento era stato progettato per pazienti oncologici. È uno strumento semplice da usare e indica l'intensità del dolore con la conseguente disabilità. Un ulteriore questionario è il McGill Pain Questionnaire (MPQ) poco consigliato perché complesso; ne esiste tuttavia una forma breve. L'Echelle Comportamentale Pour Personne Agées (ECPA) determina la presenza di dolore osservando segni di algia; uno dei limiti emersi è la necessità di un training di formazione prima della somministrazione. Il The PainAssessment for the DementingEldery (PADE) è una scala per i soggetti con demenza avanzata che necessita di un iter formativo data la laboriosità. La Rating Pain In Dementia (RaPID) non risulta applicabile nella pratica clinica poiché il campione valutato dallo strumento era limitato. La scala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale (FLACC) nasce come strumento per la valutazione in ambito pediatrico nel post operatorio, successivamente è stata validata anche per soggetti anziani con deficit cognitivo. Dalla revisione di Storti si rileva anche una scala non ancora validata in lingua italiana, The Assessment Of Discomfort in Dementia (ADD), la quale valuta il soggetto in modo olistico. Riguardo la PainAssessment in Non comunicative ElderlyPersons (PAINE) misura il dolore valutando i parametri fisiologici e i comportamenti del soggetto. L'ultimo strumento rilevabile dalla revisione di Storti è la MahoneyPain Scale (MPS) che valuta la localizzazione e l'intensità del dolore (9). Dallo studio condotto da Carezzato nel 2014, in Brasile, emerge come ci siano molti strumenti per accertare il dolore ma nessuno validato in soggetti con demenza grave ed utilizzato in setting clinici brasiliani (13). Lo studio condotto da Malara, nel 2014, all'interno di dieci residenze per anziani nella regione Calabria, aveva come obiettivo quello di definire la prevalenza di dolore nei soggetti con demenza, ospiti delle residenze, usando due tipologie di scale: scale di self-report e scale osservative. È emerso come gli strumenti di self-report da soli non siano sufficienti per accertare il dolore negli anziani con demenza; potrebbero essere combinati con le scale osservative (14).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La rilevazione del sintomo dolore, è un dovere dell'infermiere che si impegnerà poi secondo i dettami della Legge 38/2010 a riportarlo all'interno della documentazione sanitaria. Il gold standard per la rilevazione sono gli strumenti self-report, ciò che segnala il paziente, ma in quei soggetti impossibilitati a riferire la presenza del sintomo dolore perché affetti da disturbi cognitivi rilevarlo risulta complesso. La revisione condotta da Storti, nel 2014, descrive gli strumenti utilizzabili per rilevare il sintomo dolore nei soggetti con deficit cognitivi. Le scale di self-report emerse dalla revisione sono: la Verbal Rating Scale (VRS), strumento sensibile ed efficace, d'impiego e comprensione facili; viene ritenuta adatta per la rilevazione del dolore nelle persone con deficit cognitivi anche moderati. La Numeric Rating Scale (NRS), validata ed affidabile su soggetti adulti di tutte le età cognitivamente integri; è però discusso l'impiego in persone con deficit cognitivi. Alcuni studi hanno dimostrato la sua accettabilità in anziani con declino cognitivo moderato.

La FacesPain Scale (FPS): strumento applicabile anche a persone di diverse nazionalità. Negli anziani sono state usate le scale delle espressioni facciali di Wonk-Baker e quella adattata per il soggetto adulto di Bieri. Il limite è rappresentato dal fatto che si possa ottenere una rilevazione basata sulle emozioni piuttosto che sull'intensità del dolore e la difficoltà di somministrazione nei soggetti con decadimento cognitivo moderato e severo. La Visual Analogue Scale (VAS) che ha probabilità di insuccesso negli anziani con deficit cognitivi. La Coloured Analogue Scale (CAS) ideata come strumento di rilevazione del dolore nei bambini, venne poi usata anche nei soggetti con demenza lieve o moderata. E' possibile combinarla con la Scala NRS.

La scala che più emerge dalla letteratura è la PainAssessment In Advance Dementia (PAINAD), nasce come strumento per la rilevazione del dolore dei pazienti con decadimento cognitivo severo. È uno strumento di osservazione a 5 punti (punteggio totale 0-10) che valuta l'espressione del viso, i comportamenti dirompenti (consolabilità, vocalizzazione negativa), il linguaggio del corpo e la respirazione. Un punteggio di 2 è indicativo di dolore. Richiede almeno 5 minuti di osservazione del paziente prima della somministrazione. Fondamentale la conoscenza del paziente per distinguere un disturbo del comportamento abitualmente manifestato dal paziente da un disturbo con il quale potrebbe comunicare dolore. Come in tutte le scale di tipo osservativo, la Scala PAINAD ha un limite nella misurazione indiretta dell'intensità del dolore. Monacelli nel suo studio la pone a confronto con la Algoplus, una scala a 5 item (punteggio totale 0-5) composta dai seguenti item: espressione del viso, sguardo, disturbi, posizione del corpo e comportamenti atipici (agitazione, aggressività e aggrapparsi a qualcosa). Un punteggio di 2 è suggestivo di dolore. La Abbey Pain Scale (ABBEY) consente di valutare l'intensità del dolore nel soggetto con decadimento cognitivo. Questa scala suggerisce sei possibili segni di dolore: vocalizzazioni (urla, lamenti, gemiti), espressioni facciali (ad esempio, smorfie, occhi serrati, battiti di ciglia rapidi), cambiamenti nel linguaggio del corpo (ad esempio, aumento del passo), cambiamenti comportamentali (come aumento dei periodi di riposo), cambiamenti fisiologici (ad esempio, aumento della frequenza cardiaca o della pressione sanguigna), cambiamenti fisici (lacerazioni della pelle e artrite).

La NOPPAIN permette di valutare l'intensità e la presenza di dolore

nel paziente che non comunica attraverso l'osservazione di comportamenti specifici. È uno strumento indicato principalmente per la valutazione iniziale del dolore. Si compone di 4 sezioni che comprendono: nove figure che mostrano situazioni di cura quotidiana, sei figure che indicano comportamenti dolorosi; l'intensità del dolore per ogni comportamento osservato nelle sezioni precedenti e una figura di una scala descrittiva di intensità soggettiva. L'infermiere che somministra lo strumento indica quali procedure assistenziali vengono eseguite, seguite dai comportamenti dolorosi osservati, insieme all'intensità di ciascuna. I limiti maggiori di questa scala sono l'assenza di criteri specifici per l'interpretazione del punteggio totale e che può essere impiegata su soggetti totalmente dipendenti nelle ADL.

La Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT) consente di misurare l'intensità, la frequenza e la durata del "discomfort" dell'anziano con demenza non in grado di comunicare il proprio disagio. La scala è abbastanza complessa e ciò ne determina il difficile uso nella pratica clinica. La Scala Doloplus 2, composta da 10 elementi, divisi in tre gruppi (reazione somatica, reazione psicometrica e reazione psicosociale), consente di misurare la gravità e la progressione del dolore, inizialmente utilizzata nei bambini, di seguito testata anche tra i pazienti anziani con demenza. L'uso della scala richiede una buona conoscenza del soggetto; inoltre riflette il decorso del dolore in un periodo prolungato. È opportuna la compilazione multi professionale da ripetere più volte al giorno.

The PainAssessmentChecklist For Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC): nasce come strumento per gli anziani con severo decadimento cognitivo e misura la presenza o l'assenza di comportamenti riferibili alla sintomatologia dolorosa. Non è individuato un cut off e non viene descritto come interpretare il punteggio. È necessario training formativo prima dell'uso, tempi di somministrazione lunghi. Non validata in lingua italiana, utilizzo ridotto. The PainAssessment for the DementingElderly (PADE): strumento per misurare il dolore nei pazienti con demenza avanzata severa. Richiede almeno 5-10 minuti di osservazione del soggetto prima della somministrazione. Assente l'interpretazione del punteggio, la letteratura dimostra l'esigenza di un buon iter formativo del somministratore a causa della complessità di compilazione. Indaga tre componenti: fisica (espressione facciale osservabile, modello di respirazione e postura), valutazione globale, che permette una valutazione complessiva del dolore anche in riferimento alle attività di vita quotidiana (vestirsi, nutrirsi, passare dal letto alla sedia a rotelle).

Nello studio di Carezzato viene identificata, tra gli strumenti di valutazione del dolore la scala Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2 PAIN SCALE): estensione della scala MOBID Pain Scale del 2007. La Scala MOBID valuta il dolore nocicettivo durante movimenti guidati del tronco e delle estremità. Si osservano 5 elementi di movimenti attivi: apertura di entrambe le mani, sollevamento di entrambe le braccia verso la testa, estensione e flessione delle ginocchia e delle articolazioni dell'anca, rotolando su ciascun lato e sedendosi sul bordo del letto. Tutti i movimenti vengono eseguiti uno alla volta delicatamente dall'equipe infermieristica e interrotti immediatamente se si nota un comportamento doloroso. Tre indicatori del comportamento del dolore vengono registrati dall'infermiere: espressioni del dolore, espressione facciale e difesa. La MOBID-2 è una versione estesa

dello strumento precedente, la prima parte consiste nell'esecuzione dei 5 elementi di movimenti attivi come previsti nella MOBID, la seconda parte comprende la segnalazione da parte del caregiver di dolore originato dalla testa, dalla bocca e dal collo; dal cuore, polmoni e parete toracica, addome, bacino e organi genitali e infine dalla pelle.

Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale (FLACC Scale): inizialmente usata per misurare il dolore post-operatorio nei bambini, ma successivamente valido anche per pazienti anziani con deficit cognitivo. The Assessment of Discomfort in Dementia (ADD): non validata in italiano. Include una valutazione fisica, una revisione della storia clinica del soggetto e una valutazione delle esigenze affettive e sociali. MahoneyPain Scale (MPS): scala osservativa del comportamento, utile per valutare la gravità del dolore e distinguerlo dall'agitazione. Comprende una valutazione di: espressione facciale, respiro, vocalizzazione, linguaggio del corpo, segni di agitazione nel comportamento, segni di cambiamenti nel sonno o nell'appetito, sintomi e cambiamenti nei parametri vitali e storia



del dolore. Lo strumento consente inoltre di localizzare il dolore su una mappa del dolore, osservando i soggetti a riposo. I tempi di somministrazione sono lunghi a causa della complessità della scala. Il gold standard nella valutazione del dolore è l'auto riferito, il soggetto affetto da disturbi cognitivi non è però in grado di fornire autovalutazioni valide. Negli stadi avanzati della demenza infatti, il soggetto non riesce più a riferire l'inizio, la durata del dolore e comprendere le domande che l'infermiere pone per la valutazione del sintomo. L'uso di scale di misurazione è una componente fondamentale per riconoscere, valutare, documentare e rivalutare il dolore dato che il sintomo incide in modo negativo sulla qualità di vita. Inoltre, gli strumenti di valutazione sono elementi chiave nella comunicazione tra infermiere e paziente; da qui l'infermiere infatti pianifica interventi appropriati e ne valuta l'efficacia.

Dalla revisione della letteratura effettuata emerge primariamente l'importanza di utilizzare scale osservative per valutare il dolore nei soggetti affetti da disturbi cognitivi in forma severa. La valutazione è basata sulle varie espressioni di dolore da parte dei pazienti, comprese le espressioni facciali, i movimenti del corpo e le vocalizzazioni. La letteratura offre parecchi strumenti per la valutazione del

sintomo ma molti di questi devono essere convalidati nei soggetti affetti da demenza e validati nei vari setting clinici assistenziali. L'infermiere deve avere una formazione completa, è necessario fornire una guida chiara da seguire per il trattamento e la cura dei soggetti affetti da demenza. Il principale limite di questo studio è quello di aver sintetizzato solo evidenze in lingua inglese, comune nella totalità degli studi e degli strumenti analizzati; vi è scarsità di altri strumenti validati in diverse lingue e culture. La maggior parte degli studi è stata condotta in popolazioni occidentali e questo pone un limite riguardo le differenze etniche e culturali sul dolore che non vengono prese in considerazione. Le scale osservative non validate in Italiano andrebbero validate e, sarebbe inoltre importante verificare la loro applicabilità nella pratica clinica. Le princi-



pali scale osservative emerse da questa revisione sono le seguenti: PainAssessment in Advance Dementia (PAINAD), Abbey Pain Scale (ABBEY), Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN), Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT), Algoplus.

La PAINAD risulta essere lo strumento più raccomandato, facile da comprendere e somministrare. È uno strumento oggettivo che permette di valutare il dolore nei soggetti che non comunicano; la scala mostra inoltre buone qualità psicometriche di affidabilità, validità ed omogeneità. Può essere utilizzata con le scale di tipo numerico comunemente in uso nei vari setting assistenziali. Pur disponendo di una apparente vasta gamma di scale di rilevazione del dolore, la questione del paziente affetto da disturbi cognitivi resta, di fatto, la grande sfida per gli operatori sanitari e, in particolare, per il professionista infermiere, ovvero colui il quale, per tradizione e competenza è colui che maggiormente affianca il paziente. Ciò detto fa emergere alcuni limiti nella pratica clinica come, ad esempio, il fatto di dover conoscere approfonditamente il paziente o, in alternativa e a compensazione, le informazioni fornite dal caregiver, per poter distinguere un disturbo del comportamento abitualmente manifestato, da un disturbo con il quale il soggetto potrebbe comunicare la presenza di dolore. Secondariamente, il registrare il tipo di attività che il paziente sta svolgendo quando viene somministrata la scala di rilevazione, potrebbe rappresentare

un limite dello strumento perché non permette di adottare un atteggiamento proattivo alla gestione e valutazione del sintomo dolore, ma soltanto un approccio reattivo, assumendo per vero che il comportamento manifestato sia espressione di dolore da parte del paziente.

Infine, la letteratura, sebbene ricca di riferimenti in tema di rilevazione del dolore, lascia tuttavia un margine di discrezionalità all'operato dei professionisti, in particolare dell'infermiere che deve sempre più essere attento alle necessità del suo assistito, in particolare quando questi non utilizza la comunicazione verbale per esprimere emozioni e sensazioni. Pertanto, la formazione potrebbe essere adottata come leva di cambiamento e di sensibilizzazione, ovvero quell'elemento che favorisce anche i cambiamenti organizzativi nella logica della riorganizzazione di competenze e di sviluppo dei team di lavoro che, nel contesto specifico dell'assistito con disturbi cognitivi che presenti dolore, non può che essere un processo condiviso e multidisciplinare.

BIBLIOGRAFIA

1. Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, IASP. La classica definizione del dolore, messa a punto da IASP nel 1979, è stata riveduta e ampliata con note [Internet]. 2020 [consultato: ottobre 2020]. Disponibile da: <http://www.aisd.it/ecm>
2. Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, Closs SJ, Long AF, Corbett A, et al. Pain assessment for people with dementia: A systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatr* [Internet]. 2014 Dec 17;14(1). [consultato: giugno 2020] Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ecm>
3. Bianchetti A; Zanetti E. Il dolore nella persona con demenza – Focus on Brain. Novembre 2017 [Internet]. :18–20. Disponibile da: <https://focusonbrain.com/ecm>
4. Achterberg WP, Pieper MJC, van Dalen-Kok AH, de Waal MWM, Husebo BS, Lautenbacher S, et al. Pain management in patients with dementia [Internet]. Vol. 8, *Clinical Interventions in Aging*. Dove Press; 2013 [consultato giugno 2020]. p. 1471–82. Disponibile da: <https://pmc/articles/ecm>
5. Bradford A, Shrestha S, Snow AL, Stanley MA, Wilson N, Hersch G, et al. Managing pain to prevent aggression in people with dementia: A nonpharmacologic intervention [Internet]. Vol. 27, *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*. SAGE Publications Inc.; 2012 [consultato luglio 2020]. p. 41–7. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ecm>
6. Corbett A, Husebo B, Malcangio M, Staniland A, Cohen-Mansfield J, Aarsland D, et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia [Internet]. Vol. 8, *Nature Reviews Neurology*. Nature Publishing Group; 2012. p. 264–74. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ecm>
7. FNOP | Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche [Internet]. Disponibile da: <https://www.fnopi.it/>
8. Monroe TB, Parish A, Mion LC. Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2015 Oct 1 [consultato: luglio 2020];29(5):316–20. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ecm>
9. Storti M, Bertozzo E, Dal Santo P, Mari M, Dal Cengio L, Forni C, et al. La misurazione del dolore nel paziente affetto da demenza: una rassegna degli strumenti più appropriati. 2014.
10. Monacelli F, Signori A, Roffredo L, Pace K, Nencioni A, Pickering G, et al. Algoplus® Scale in Older Patients with Dementia: A Reliable Real-World Pain Assessment Tool. *J Alzheimer's Dis* [Internet]. 2017;56(2):519–27. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ecm>
11. Peisah C, Weaver J, Wong L, Strukovski JA. Silent and suffering: A pilot study exploring gaps between theory and practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2014 Oct 15 [consultato: luglio 2020];9:1767–74. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ecm>
12. Corbett A, Husebo BS, Achterberg WP, Aarsland D, Erdal A, Flo E. The importance of pain management in older people with dementia. 2014 [consultato: luglio 2020]; Disponibile da: <https://academic.oup.com/ecm>
13. Carezzato NL, Gallego Valera G, Assis Carvalho Vale F, Hortense P. Instruments for assessing pain in persons with severe dementia [Internet]. 2014 [consultato: ottobre 2020]. p. 99–106. Disponibile da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ecm>
14. Malara A, De Biase GA, Bettarini F, Ceravolo F, Di Cello S, Garo M, et al. Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *J Alzheimer's Dis* [Internet]. 2016 Feb 22 [consultato: settembre 2020];50(4):1217–25. Disponibile da: <https://www.j-alz.com/ecm>