



È evidente che...

A cura di Pozzi Francesca

il dolore è "una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale, o comunque descritta come tale" (IASP, 1979). Anche se in questa definizione si parla di "danno tissutale" e quindi di un danno oggettivo, emerge ed è probabilmente un'esperienza comune, che esiste un'innegabile componente soggettiva del dolore. Nelle persone anziane il dolore è un problema significativo, con una prevalenza che varia dal 26 all'83% dei residenti in nursing homes (Fries et al., 2001); ancor più significativo risulta essere nelle persone con demenza, in cui la compromissione delle abilità cognitive e verbali interferisce con la loro capacità di comunicare la presenza di dolore (Storti et al., 2006). In Europa la prevalenza della demenza è pari a 1,4% e si stima che siano colpiti 7,3 milioni di persone (Alzheimer Europe, 2006), quindi l'infermiere si trova sempre più frequentemente ad assistere persone con degenerazione cerebrale. Inoltre, numerosi studi hanno documentato un'alta prevalenza del dolore negli anziani colpiti da declino cognitivo e ciò può essere collegato alla loro incapacità di esprimere e di quantificare la loro esperienza di dolore (Gioachin, 2009). Risulta dunque fondamentale nell'assistenza infermieristica la valutazione del dolore nelle persone anziane con demenza grave in quanto il dolore è un elemento che influisce su tutti i bisogni della persona ed occorre dunque considerarlo per un'efficace pianificazione assistenziale. Lo scopo di questo elaborato è quello di descrivere le diverse scale di valutazione del dolore nella persona anziana con demenza grave che l'infermiere può utilizzare valutando la loro applicabilità al contesto italiano. Ho scelto di escludere dalla ricerca le scale riguardanti la valutazione del dolore nelle situazioni cliniche di demenza lieve e moderata in quanto le persone in questo stadio della malattia possiedono ancora parzialmente le abilità comunicative e le scale che vengono utiliz-

Le scale utilizzate dall'infermiere per valutare il dolore nella persona anziana con demenza grave

zate sono ad uso più generale. La ricerca effettuata ha individuato 6 scale di cui l'infermiere può avvalersi. Queste scale possiedono limiti e pregi, spetta perciò all'infermiere decidere quale scala utilizzare per poter pianificare un'assistenza infermieristica personalizzata e centrata sui bisogni di assistenza infermieristica della persona.

MATERIALI E STRUMENTI

Per effettuare la ricerca ho consultato siti internet di interesse generale sull'anziano e sulla demenza, riviste infermieristiche quali *"L'infermiere"* e *"Nursing Oggi"* e banche dati biomediche quali *Medline*, attraverso il portale *PubMed*, la *National Library* degli Stati Uniti; *Cinahl*, nella versione *Cinahl Plus with Full Text*, accessibili attraverso il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo tramite la biblioteca dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna. Ho iniziato la ricerca in *Medline* facendo una ricerca per *Medical Subject Headings (MESH)*; quindi ho effettuato una ricerca in parola libera, utilizzando tutti i sinonimi, le sigle e utilizzando la troncatura (*).

Per associare i vari termini ho utilizzato gli operatori booleani "Or" e "And".

I termini utilizzati per la ricerca in MESH, sono stati:

- *pain measurement, "or" pain assessment, "or" managed pain, "or" pain scale;*
- *"And"*
- *dementia, "or" Alzheimer's disease;*
- *"And"*
- *nursing homes, "or" institutionalization.*

I termini utilizzati per la ricerca in parola libera sono stati:

- *cognitiv* impairmen*, cognitiv* declin*, advance* dementia, severe dementia*
- *pain, discomfort;*
- *assessmen*, instrument*, measuremen*, tool*;*
- *old care institution*, nursing home*.*

Successivamente ho abbinato i risultati della ricerca



in parola libera con i risultati della ricerca per termini controllati MESH con l'operatore booleano "OR". Ho definito i seguenti criteri di inclusione: articoli redatti dal 1992 al 2010 e popolazione anziana (età maggiore o uguale a 80 anni); nello stesso modo ho definito i criteri di esclusione: documenti con consultazione a pagamento, articoli non redatti in lingua inglese, italiana o francese. Da questa ricerca in *MedLine* ho reperito 138 articoli; dopo un'attenta e critica lettura dei relativi abstract, 35 sono risultati pertinenti alla ricerca. La stessa search strategy è stata proposta nella banca dati Cinahl, ed ha fornito 32 articoli, 5 dei quali ho ritenuto pertinenti a questo lavoro.

DISCUSSIONE

Diversi studi hanno valutato la necessità di un approccio personalizzato riguardo alla gestione del dolore in persone anziane con gravi deficit cognitivi, tale approccio prevede una valutazione globale basata sulla misurazione dell'intensità del dolore, sulla funzionalità fisica e cognitiva della persona (Weiner, Hanlon, 2001). Il gold standard per la valutazione del dolore dovrebbe essere "quello che riferisce il paziente" (Wheeler, 2006), ma nelle persone con demenza la compromissione delle abilità cognitive e verbali interferisce con la loro capacità di esprimere il proprio dolore (Storti et al. 2006) e quindi sulla difficoltà da parte dell'infermiere di valutarlo utilizzando le normali scale per le persone adulte. Il personale infermieristico è quindi costretto a fare affidamento ad una serie di elementi "non verbali" di espressione del dolore e di segni clinici quali: lo stato di agitazione fisica, la verbalizzazione ripetitiva, le grida, le cadute, l'improvvisa perdita di capacità funzionali, la sudorazione, la tachicardia, l'aumento della pressione arteriosa (Kovach et al., 1999) che rendono necessaria l'introduzione di scale osservative, basate cioè sull'osservazione del comportamento della persona: la scelta della scala più idonea è quindi determinante nella persona con demenza grave (Zanetti, Zani, 2008) ai fini di un'appropriatea pianificazione assistenziale.

La letteratura offre 6 scale di valutazione del dolore nella persona con demenza grave, di seguito descritte.

- La scala Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD) è costituita da 5 domini che esplorano differenti modalità di manifestare il dolore: respiro, vocalizzazione, espressioni del volto, linguaggio del corpo e consolazione del paziente. Il punteggio finale della scala è compreso in un range da 0 a 10: a punteggio maggiore corrisponde dolore più grave (Zanetti, Zani, 2008).

Vedi figura 1.

- La scala di valutazione Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Type (DS - DAT) sonda 9 comportamenti ritenuti espressione di disagio: respiro rumoroso, vocalizzazioni negative, espressione serena del viso, espressione del viso triste, espressione del viso spaventata, espressione corrucciata, corpo rilassato, corpo teso, irrequietezza. Ogni comportamento viene valutato in base alla: frequenza in 5 minuti di osservazione (1 punto per ogni episodio), intensità (appena percepibile 0 punti, da moderata a forte 1 punto), durata (< 1 minuto 0 punti, > 1 minuto 1 punto). Il punteggio totale va da 0 a 27, dove un punteggio maggiore corrisponde al livello più alto di dolore (Zanetti, 2008). Nell'uso di questa scala risulta complesso il metodo di amministrazione e di punteggio (Herr, 2006).

Vedi figura 2.

- La scala "Non communicative Patient's Pain Assessment Instrument" (NOPPAIN) è costituita da 4 sezioni che valutano:
 - i comportamenti che esprimono dolore durante interventi assistenziali (bagno, trasferimenti, vestizione);
 - sei indicatori che esprimono dolore (parole, espressioni del viso, suoni onomatopeici o lamenti, massaggi o movimenti per proteggere parti del corpo, irrequietezza, resistenza o rifiuto), dove per ciascun indicatore è richiesto al compilatore di stimare da 0 a 6 l'intensità della manifestazione dolorosa osservata;
 - le possibili aree doloranti, dove viene chiesto al compilatore di indicare sul disegno della sagoma di un corpo le possibili aree doloranti;
 - l'intensità dolorosa, dove viene chiesto al compilatore di indicare su una scala graduata l'intensità del più alto livello di dolore trovato (Zanetti, Zani, 2008).

Vedi figura 3.

- La scala "Echelle comportementale pour Personne Agées" (ECPA) ha l'obiettivo di misurare la presenza di comportamenti riferibili a sintomatologia dolorosa abitualmente e/o durante un intervento assistenziale.

Per ciascun comportamento che può indicare la presenza di dolore sono descritti 5 possibili livelli di gravità: da 0 (assenza del comportamento) a 5 (massima intensità nell'espressione del comportamento).

Lo strumento si compone di due parti:

- osservazione di 4 comportamenti abituali riferibili a sintomatologia dolorosa (espressioni del viso, posizioni spontanee del corpo, mobilità, intera-



	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: 0= nessun dolore 10 = massimo dolore

Figura 1 - scala PAINED

The Discomfort Scale (DS-DAT)*

Behavioral Indicator:	Frequency episodes	Intensity** Low/High	Duration Short <1, long >1 min
Noisy Breathing: negative sounding noise on inspiration or expiration, breathing looks strenuous, labored, or wearing; respirations sound loud, harsh or gasping; difficulty breathing or trying hard at attempting to achieve a good gas exchange; episodic bursts of rapid breaths or hyperventilation.			
Negative Vocalizations: noise or speech with a negative or disapproving quality; hushed low sounds such as a constant muttering with a guttural tone; monotone, subdued, or varying pitched sound with a definite unpleasant sound; faster rate than a conversation or drawn out as in a moan or groan; repeating the same words with a mournful tone; expressing hurt or pain.			
Content Facial Expression: pleasant calm looking face; tranquil, at ease or serene; relaxed facial expression with a slack unclenched jaw; overall look is one of peace.			
Sad Facial Expression: troubled look on face, looking hurt, worried, lost, or lonesome; distressed appearance, sunken, "hound dog" look with lackluster eyes; tears, crying.			
Frightened Facial Expression: scared, concerned looking face; looking bothered, fearful, or troubled; alarmed appearance with open eyes and pleading face.			
Frown: face looks strained; stern or scowling look, displeased expression with wrinkled brow and creases in the forehead; corners of the mouth turned down.			
Relaxed Body Language: easy open handed position; looking of being in a restful position and may be cuddled up or stretched out; muscles look of normal firmness and joints are without stress; look of idle, lazy, or "laid back"; appearance of "just killing the day"; casual.			
Tense Body Language: extremities show tension; wringing hands, clenched fist, or knees pulled up tightly; look of being in strained or inflexible position.			
Fidgeting: restless impatient movement; acts squirmy or jittery; appearance of trying to get away from hurt area; forceful touching, tugging, or rubbing of body parts.			

* Hurley, A.C., Volicer, B.J., Hanrahan, P.A., Houde, S., & Volicer, L. (1992). Assessment of discomfort in advance Alzheimer patients. *Research in Nursing & Health*, 15, 369-377.

**Intensity, Low=barely to moderately perceptible; high=present in moderate to great magnitude Scoring: 1 point for each episode; 1 for high intensity, 1 for long duration.

Figura 2 - Scala Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Type



NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)			
NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)		Nome dell'operatore: _____	
Check List delle attività		Nome dell'ospite: _____	
		Data: _____	
		Ora: _____	
<p>INDICAZIONI: l'operatore dovrebbe effettuare almeno 5 minuti di assistenza quotidiana all'ospite osservando i comportamenti che suggeriscono dolore. Entambe le pagine di questa scheda devono essere completate subito dopo il termine delle attività di assistenza.</p>			
	<small>Ha scelto avere aiuto? (Barra SMC)</small>	<small>Ha scelto avere meno aiuto? (Barra SMC)</small>	<small>Ha scelto avere aiuto? (Barra SMC)</small>
a) mettere a letto l'ospite OSSERVARE l'ospite che si sdraia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) alzare l'ospite dal letto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) alzare l'ospite a sedere	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) mettere seduto l'ospite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e) vestire l'ospite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
f) alimentare l'ospite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
g) aiutare l'ospite a stare in piedi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
h) aiutare l'ospite a camminare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
i) aiutare l'ospite a scendere le scale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
j) fare il bagno all'ospite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Chiedere al paziente: "Sente dolore?" <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Chiedere al paziente: "Le faccio male?" <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Parole che esprimono dolore? "Oh no!", "Non so!", "No!", "No!", "Non so!" Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 0: non dolore 1: dolore lieve 2: dolore moderato 3: dolore intenso 4: più che dolore insopportabile	Espressioni di dolore del viso? Sorriso, Sussulti, Compungimento della bocca Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 0: non dolore 1: lieve dolore 2: moderato dolore 3: intenso dolore 4: più che dolore insopportabile	Stingere una parte dolente? Ingombrare, Strisciare Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 0: non dolore 1: lieve dolore 2: moderato dolore 3: intenso dolore 4: più che dolore insopportabile	Davanti Dietro
Voci che esprimono dolore? gemiti, sospiri, grida Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 0: non dolore 1: lieve dolore 2: moderato dolore 3: intenso dolore 4: più che dolore insopportabile	Stingere una parte dolente? Manipolazione di una parte dolente Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 0: non dolore 1: lieve dolore 2: moderato dolore 3: intenso dolore 4: più che dolore insopportabile	Irregolarità? Frequenti scoppi di pianto, impossibilità di stare tranquillo, irrequietezza, affaticamento Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 0: non dolore 1: lieve dolore 2: moderato dolore 3: intenso dolore 4: più che dolore insopportabile	

Figura 3 - Scala Non communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)

- zione con gli altri);
- osservazione di 4 comportamenti riferibili a sintomatologia dolorosa durante l'assistenza (ansia, reazione alla mobilizzazione, reazioni come risposta a manipolazione di parti del corpo, lamentele espresse durante la cura). Il punteggio va da 0 a 32 (Zanetti, Zani, 2008). Vedi figura 4.
- La scala *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC) si propone di misurare la presenza di comportamenti riferibili a sintomatologia dolorosa. È composta di 4 sottoscale e complessivamente comprende 60 elementi di osservazione:
 - espressioni facciali (13 punti)
 - movimenti del corpo, attività (20 punti)
 - socialità, personalità, umore (12 punti)
 - indicatori fisiologici, cambiamenti nel comporta-

- mento alimentare, riposo e sonno, vocalizzazioni (15 punti).
- Ogni elemento prevede una risposta dicotomica (presente = 1 punto; assente = 0 punti), con un punteggio finale compreso tra 0 e 60. Non è stato individuato un cut off e non è stato descritto come interpretare il punteggio (Zanetti, Zani, 2008). Vedi figura 5.
- La scala *Doloplus 2* deriva da una scala di valutazione del dolore utilizzata nei bambini ed è composta di 10 punti suddivisi in 3 aree che valutano rispettivamente:
 - le reazioni somatiche: lamento, protezione di parti del corpo, assunzione di posture antalgiche, espressioni di dolore, disturbi del sonno;
 - le reazioni psicomotorie: comportamento



Echelle ECPA

Nom :	SCORE TOTAL (sur 32) :
Prénom :	
Service :	
Date :	

I OBSERVATION AVANT LES SOINS	
1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé 4 : Expression complètement figée	3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contrairement à son habitude* 4 : Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*
2° POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou d'une position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4° RELATION A AUTRUI Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*
* : se référer aux jours précédents ** : ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle	
II OBSERVATION PENDANT LES SOINS	
5° Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements	7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible
6° Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	8° PLAINTES exprimées PENDANT les soins 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint en présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne

Copyright : CNRD - www.cnrdr.fr

Figura 4 - Scala Echelle comportamentale pour Personne Agées

della persona assistita quando si lava o viene lavata, mentre indossa o toglie indumenti, ridotta mobilità;

- le reazioni psicosociali: inusuale richiesta di attenzione o rifiuto di comunicare, ridotta socializzazione, partecipazione ad attività, anomala reattività a stimoli esterni.

I punteggi variano da 0 (assenza del comportamento che esprime dolore) a 3 (massima espressione del comportamento che può associarsi a dolore) e la loro somma è compresa tra 0 e 30.

Un punteggio maggiore o uguale a 5 indica la presenza di dolore (Zanetti, Zani, 2008).

È uno strumento facilmente comprensibile e inoltre copre le 6 categorie di "comportamenti dolorosi" previste dalle linee guida dell'American Geriatric Society (Herr, 2006).

CONCLUSIONI

La revisione della letteratura effettuata per ricercare le scale utilizzate dall'infermiere per valutare il dolore nella persona anziana con demenza grave ha permesso di recuperare sei scale. La difficoltà incontrata è stata quella di ottenere una traduzione precisa e di facile comprensione dall'inglese all'italiano, in quanto molti termini sono prettamente scientifici e specifici.

Tutte le scale proposte in questo lavoro hanno dei limiti, in quanto, come già visto, il gold standard per la valutazione del dolore è il "riferito" della persona assistita (Wheeler, 2006); tutte, però, rappresentano strumenti condivisi che hanno lo scopo di migliorare l'intero processo assistenziale attraverso una raccolta sistematica di dati clinici.

Nel nostro paese, l'unica scala validata in lingua italiana è la scala PAINAD; con tale scala il dolore viene



Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (FACBLAC)

DATE: _____ TIME ASSESSED: _____ NAME OF PATIENT/RESIDENT: _____

PURPOSE: This checklist is used to assess pain in patients/residents who have dementia and are unable to communicate verbally.

INSTRUCTIONS: Indicate with a checkmark, which of the items on the FACBLAC occurred during the period of interest.
Scoring the Sub-Scales is derived by counting the checkmarks in each column.
To generate a Total Pain Score sum all four Sub-Scale totals.

Comments:

Sub-scale Scores:

Facial Expressions	_____
Activity/Body Movement	_____
Social/Personality/Mood	_____
Other	_____
Total Checklist Score	_____

* "Other" sub-scale includes physiological changes, eating and sleeping changes and vocal behaviours.

This version of the scale does not include the items "tiring and rocking", "quiet/withdrawn", and "vacant blank stare" as these were not found to be useful in discriminating pain from non-pain states.

Copyright © Shannon Fuchs-Lavelle and Thomas Hadjistavropoulos
The FACBLAC may not be reproduced without permission.
For permission to reproduce the FACBLAC, please contact the copyright holders: Thomas.Hadjistavropoulos@usask.ca

Note on Scoring: There is no recommended cut off score at this time. Scores all depend on the person and context (e.g., whether they are assessed over a shift or during a transfer). The authors recommend an individualized approach whereby a baseline series of scores is collected for each resident and then the nurse observes deviations from the score (also examining whether pain treatments result in decline in scores).
Email correspondence from Thomas Hadjistavropoulos May 28, 2007
For more information contact Shannon Fuchs-Lavelle, Thomas Hadjistavropoulos, Ph.D., at: shannon.fuchs@usask.ca

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (FACBLAC)

Facial Expressions	Present	Activity/Body Movement	Present	Social/Personality/Mood	Present
Grimacing		Decreased activity		Unsettled	
Sad Look		Refusing medications		Agitated	
Tighter face		Moving slow		Cranky/Irritable	
Dry look		Impulsive behaviour (e.g., repetitive movements)		Frustrated	
Change in eyes (squinting, dull, bright, increased movement)		Uncooperative/Resistant to care		Other*	
Frowning		Guarding sore area		Pale Face	
Pain expression		Touching/holding sore area		Flushed, red face	
Grim face		Limping		Tearful eyes	
Clenching teeth		Clenched fist		Sweating	
Wincing		Going into fetal position		Shaking/Trembling	
Opening mouth		Sit/Hugul		Cold & clammy	
Creasing forehead		Social/Personality/Mood		Changes in sleep (please circle)	
Screwing up nose		Physical aggression (e.g., pushing people and/or objects, scratching others, hitting others, striking, kicking)		Decreased sleep or increased sleep during day	
Activity/Body Movement		Verbal aggression		Changes in Appetite (please circle)	
Fidgeting		Not wanting to be touched		Decreased appetite or increased appetite	
Pulling Away		Not allowing people near		Screaming/Yelling	
Flinching		Angry/Mad		Calling out (i.e. for help)	
Restless		Throwing things		Crying	
Pacing		Increased confusion		A specific sound or vocalisation	
Wandering		Anxious		For pain 'ow', 'ouch'	
Trying to leave				Moaning and groaning	
Refusing to move				Murbling	
Thrashing				Gurting	

Copyright © Shannon Fuchs-Lavelle and Thomas Hadjistavropoulos, Ph.D., at: shannon.fuchs@usask.ca

Figura 5 - Scala Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate

sottostimato solo nel 15% dei casi, si ritiene pertanto ideale per le persone con decadimento cognitivo severo, anche se necessita di validazione su un campione più ampio (Costardi, 2007). La scala Doloplus 2 richiede una rivalutazione generale specie con riferimento agli items relativi alla sfera sociale e richiede una conoscenza approfondita della persona assistita. Risulta quindi ideale in contesti di lungodegenza (Lefebvre-Chapiro, 2001). Inoltre, non descrive il singolo episodio, ma esprime un decorso ed è quindi appropriata nella valutazione del dolore persistente e cronico (Zwakhalen, 2006). La scala Doloplus 2 trova però il suo punto di forza nelle istruzioni per l'uso di cui è correlata, che evitano difficoltà di interpretazione di certi items, in particolare di quelli riguardanti le reazioni psicosociali (Zwakhalen, 2006). Il suo limite è rappresentato però dalla man-

canza di una forma validata in lingua italiana e ciò non permette la sua applicazione nelle nostre realtà assistenziali. La riflessione che emerge da questo lavoro è che è importante che tutti gli operatori sanitari si sensibilizzino al problema del dolore, in particolare a quello delle persone che non sono in grado di esprimerlo verbalmente, affinché non sia trascurato, incompreso o male interpretato. Di fatto, la rilevazione del parametro dolore è stata oggetto di importanti indicazioni normative, quali il provvedimento ministeriale inerente al programma "Ospedale senza dolore". Anche la Regione Lombardia, nel "Manuale della cartella clinica" (2007), stabilisce la necessità di dedicare un apposito spazio nella cartella clinica alla rilevazione del dolore attraverso sistemi validati, semplici nell'uso, versatili. In accordo con gli Standard di



SCALA DOLOPLUS-2						
VALUTAZIONE COMPORTAMENTALE DEL DOLORE NELLA PERSONA ANZIANA						
NOME COGNOME :		GIORNI				
Servizio :						
Osservazione Comportamentale						
ESERCIZIUMI SOMATICI						
1*	Lateralità (braccia, gambe)	+ assenza di lateralità	0	0	0	0
		+ lateralità solo in caso di sollecitazione	1	1	1	1
		+ lateralità spontanea occasionale	2	2	2	2
		+ laterali spontanee continue	3	3	3	3
2*	Posizioni ortogoniche in riposo	+ assenza di posizione ortogonica	0	0	0	0
		+ il soggetto evita alcune posizioni in modo occasionale	1	1	1	1
		+ posizione ortogonica permanente e efficace	2	2	2	2
		+ posizione ortogonica permanente e efficace	3	3	3	3
3*	Protezione di zone dolenti	+ assenza di protezione	0	0	0	0
		+ protezione dopo sollecitazione senza ostacolare il proseguimento dell'esame e della cura	1	1	1	1
		+ protezione dopo sollecitazione impedendo ogni esame e cura	2	2	2	2
		+ protezione e riposo, in assenza di sollecitazione	3	3	3	3
4*	Movità	+ senza ostacolo	0	0	0	0
		+ ostacolo che sembra eguivare dolore sotto sollecitazione	1	1	1	1
		+ ostacolo che sembra eguivare dolore in assenza di ogni sollecitazione	2	2	2	2
		+ ostacolo inegreggiabile continuo e non abituale (braccia, viso, sguardo nel letto)	3	3	3	3
5*	Sogni	+ sonno abituale	0	0	0	0
		+ difficoltà di addormentamento	1	1	1	1
		+ risvegli frequenti	2	2	2	2
		+ risveglio con espressione sulla fase di veglia	3	3	3	3
ESERCIZIUMI PSICOMOTORI						
6*	Solite a/o vestiti	+ abiti comodi invariati	0	0	0	0
		+ abiti comodi facilmente ridotti (attività possibile senza zainchi)	1	1	1	1
		+ abiti comodi molto diminuiti, solite a/o vestiti difficili e incompleti	2	2	2	2
		+ solite a/o vestiti inopportuni (possono opporsi ad ogni tentativo)	3	3	3	3
7*	Movimenti	+ abilità e attività comode invariati	0	0	0	0
		+ abiti comodi lavorare ridotti (attività solo giorni occasionali, dimostra le sue abilità (logica di distribuzione)	1	1	1	1
		+ abilità e attività comode limitate (anche se aiutati, il malato dimostrarla i propri movimenti)	2	2	2	2
		+ ogni movimento impossibile, ogni tentativo di stabilizzazione provoca un'opposizione	3	3	3	3
ESERCIZIUMI PSICOSOCIALI						
8*	Comunicazione	+ invariata	0	0	0	0
		+ aumentata (la persona evita l'attenzione in modo involontario)	1	1	1	1
		+ diminuita (la persona tende a isolarsi)	2	2	2	2
		+ assenza o rifiuto di qualsiasi forma di comunicazione	3	3	3	3
9*	Vita sociale	+ partecipazione abituale ai diversi attività (giust, amicizie, laboratori terapeutici)	0	0	0	0
		+ partecipazione ai diversi attività solo se sollecitati	1	1	1	1
		+ rifiuto parziale di partecipazione alle diverse attività	2	2	2	2
		+ rifiuto assoluto di partecipazione ai qualsiasi attività	3	3	3	3
10* Disturbi del comportamento						
		+ comportamento abituale	0	0	0	0
		+ disturbo lieve del comportamento in sollecitazione	1	1	1	1
		+ disturbo moderato del comportamento dopo sollecitazione	2	2	2	2
		+ disturbo del comportamento continuo (in assenza di ogni sollecitazione)	3	3	3	3
COPYRIGHT		SCORE				

Joint Commission International viene chiesto quindi agli infermieri e tutti gli operatori sanitari, che i pazienti siano sottoposti a uno screening del dolore, cui deve seguire la valutazione in caso di riscontro positivo e deve essere offerto il supporto per gestirlo efficacemente. Ciò non deve essere solo un impegno del singolo professionista, in quanto l'organizzazione stessa è chiamata alla responsabilità di supportare il diritto del paziente a un'appropriate valutazione e gestione del dolore.

Relativamente alle specifiche responsabilità infermieristiche, il Decreto Ministeriale n. 739 del 1994 (Profilo dell'Infermiere) recita che: "L'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi", richiama cioè all'attuazione delle prime fasi del processo di assistenza infermieristico in cui ben si innestano i richiami normativi sopra riportati. D'altro canto, oltre

all'obbligo normativo, gli infermieri hanno anche responsabilità deontologiche che vengono richiamate dal proprio Codice (Federazione Collegi IPASVI, 2009) in cui, all'articolo 34, si sottolinea 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"; così come all'articolo 35: "L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale". In conclusione si può affermare che l'accurata valutazione del dolore nelle persone anziane con demenza grave, oltre che rispondere alle responsabilità citate precedentemente, richiama gli infermieri ad un più ampio concetto che deve essere alla base di tutto il processo assistenziale attuato dall'infermiere: il rispetto della dignità della persona in qualunque situazione fisica o clinica essa si trovi (Fry, Johnstone, 2004).



BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer Europe (2006) Dementia in Europe Yearbook 2006 [on line]. Disponibile da: http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2006_dementiayearbook_en.pdf [consultato il 6 aprile 2010]
- American Geriatric Society (2002) The management of persistent pain in older person. *Journal of the American Geriatric Society*, 6: 205-224.
- Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. 2^a edizione. Milano: Masson.
- Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (2009) Codice Deontologico dell'Infermiere [on line]. Disponibile da: www.ipasvicomito.it/documenti/CODICE%20DEONTOLOGICO%202009.pdf [consultato il 9 maggio 2010].
- Corran T.M., Farrell M.J., Helme R.D. Gibson S.J. (1997) The classification of patients with chronic pain: age as a contributing factor. *Clinical Journal of pain*, 13 (3): 207-214.
- Costardi D., Rozzini L., Costanzi C., Ghianda D., Franzoni S., Padovani A., Trabucchi M. (2006) The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [on line] 44 (2). Disponibile da: [http://www.agggjournal.com/article/S0167-4943\(06\)00038-0](http://www.agggjournal.com/article/S0167-4943(06)00038-0) [consultato il 05 febbraio 2010].
- Dal Santo P., Storti M., Zanolin M. (2006) Studio sulla valutazione del dolore in pazienti anziani ospedalizzati affetti da grave demenza. *Infermieri informati* [on line], 6 (2). Disponibile da: http://www.vicenzaipasvi.it/download/publicazioni/rivista/0602_inf_inf.pdf
- Faine G.A. (2004) La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla. 2^a edizione. Milano: McGraw-Hill.
- Fries B.E., Simon B.E., Morris J.N. (2001) Pain in U.S. nursing homes. Validating a pain scale for the Minimum Data Set. *Gerontologist*, 2, 173-79.
- Fry S.T., Johnstone M.J. (2004) Etica per la pratica infermieristica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Gaffuri V. (2008) La valutazione del dolore nella persona anziana affetta da decadimento cognitivo severo. *Agorà* 37, 16-20 [on line] Disponibile da: http://www.ipasvicomito.it/documenti/art_5_37.pdf [consultato il 17 giugno 2011].
- Gioachin M. (2009) Il dolore negli anziani con declino cognitivo severo. Barriere, caratteristiche e limiti della valutazione del dolore. *Infermiere collegio* [on line], 1, Apr. Disponibile da: <http://www.ipaswife.it/rivista109.pdf> [consultato il 3 gennaio 2010].
- Heyman A., Wilkinson W., Hurwitz B. (1987) Early-onset Alzheimer's disease: clinical predictors of institutionalization and death. *Neurology*, 37: 980-984.
- 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.
- Hurley A., Volicer B., Hanrahan P., Houde S., Volicer L. (1992) Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Research in nursing and Health*, 15: 369-377.
- International Association for The Study of Pain (1979) Pain Definitions. *Pain* [on line], 6. Disponibile da: www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728 [consultato il 05 Gennaio 2010].
- Kaasalainen S., Crook J. A comparison of pain assessment tools for use with elderly long-term-care residents. *Canadian Journal of Nursing* 35 (4): 58-71.
- Kovach C., Weissman D., Griffie J. (1999) Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. *Journal Pain Symptom Management*, 18: 412-419.
- Lefebvre-Chapiro S. (2001) The Doloplus 2 scale-evaluating pain in the elderly. *European Journal Of Palliative Care*, 8 (5): 191-194.
- Ministero della Sanità. Decreto Ministeriale n. 739 (1994) Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere [on line]. Disponibile da: http://www.ipasvicomito.it/documenti/decreto_739.pdf [consultato il 13 aprile 2010].
- Morello R., Jean A., Alix M., groupe Regates (1998) ECPA: une echelle comportamentale de la douleur pour personnes ageés non communicantes. *Infokara* 51 (3): 22-29.
- Pautex S., Michon A., Guedira M., Emond H., Le Sous P., Samaras D., Michel JP., Herrmann F., Giannakopoulos P., Gabriel G. (2006) Pain in severe dementia: self-assessment or observational scale? *Journal of The American Geriatrics Society* 54 (7): 1040-1045.
- Regione Lombardia (2007) Manuale della cartella clinica [on line]. Disponibile da: <http://www.comlas.it/documenti/ManualeCartellaClinicadellaRegioneLombardia.pdf> [consultato il 17 giugno 2011].
- Sherder E., Oosterman J., Swaab D., Herr K., Ooms M., Ribbe M., Sergeant J., Pickering G., Benedetti F. (2005) Recent development in pain and dementia. *British Medical Journal* 330 (7489): 461-464.
- Shuler M., Becker S., Kaspar R., Nikolaus T., Kruse A., Basler H. (2007) Psychometric properties of the German "Pain Assessment in Advanced Dementia Scale" (PAINAD-G) in nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Associations*, 8: 388-395.
- Snow A., Weber J., O'Malley K. (2004) NOPPAIN: a nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, 17 (3): 240-246.
- Storti M., Dal Santo P., Zanolin M. (2006) Studio sulla valutazione del dolore in pazienti anziani ospedalizzati affetti da grave demenza [on line]. Disponibile da: http://www.vicenzaipasvi.it/download/publicazioni/rivista/0602_inf_inf.pdf [consultato il 7 maggio 2010].
- Storti M. (2009) Come misurare il dolore acuto e cronico. *I quaderni de l'infermiere*, 26 (6): 3-6.
- Tosetti A. (2008) La valutazione del dolore acuto in persone incoscienti o sedate. *Agorà* 38, 16-20 [on line] Disponibile da: http://www.ipasvicomito.it/documenti/art_6_38.pdf [consultato il 17 giugno 2011].
- Warden V., Hurley A., Volicer L. (2003) Development and Psycometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4: 9-15.
- Weiner D.K., Hanlon J.T. (2001) Pain in nursing home residents: management strategies. *Drugs Aging*, 18 (1): 13-29.
- Wheeler M. (2006) Pain assessment and management in the patient with mild to moderate cognitive impairment. *Home Healthcare Nurse*, 24(6): 354-359.
- While C., Jocelyn A. (2009) Observational pain assessment scale for people with dementia: a review. *British Journal of Community Nursing*, 14 (10): 438-442.
- Zanetti E., Zani M. (2008) Valutazione del dolore nell'anziano con demenza. *Dossier Infad* 3 (36): 1-9.
- Zwakhalen S., Hamers J., Abu-Saad H., Berger M. (2006) Pain in elderly people with dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BioMedCentral Geriatrics*, 6 (3).

