



## È evidente che...

### *La valutazione del dolore nella persona anziana affetta da decadimento cognitivo severo*

a cura di *Dalera Goffari*\*

...il dolore è un fenomeno complesso che è caratterizzato dalla soggettività di chi ne prova l'esperienza.

Tra le varie definizioni, nel 1979 l'International Association for the Study of Pain (IASP) lo ha definito come "un'esperienza spiacevole, sensoriale ed emotiva, associata ad un danno dell'organismo attuale o potenziale".

La sua percezione è caratterizzata da tre componenti distinte:

- discriminativa-sensoriale (legata a sede, tipo e caratteristiche del danno);
- cognitiva-valutativa (legata ai significati attribuiti e alle strategie di risposta);
- affettiva-motivazionale (legata ai vissuti emotivi).

In base a ciò il dolore può essere considerato multidimensionale, poiché esaminare un aspetto e ignorare gli altri porta ad avere una visione limitata del problema, in particolare e questo risulta determinante nella persona anziana.

Le persone anziane, infatti, subiscono un decadimento cognitivo dipendente da varie affezioni del Sistema Nervoso Centrale (Morbo di Alzheimer, Demenza Vascolare, Demenza Frontotemporale, ecc.) che aumenta considerevolmente con l'avanzare dell'età e determina il progressivo declino delle funzioni corticali superiori (memoria, attenzione, pensiero astratto e capacità critica) e delle abilità verbali. Tutto ciò interferisce con la capacità di esprimere il loro dolore e rende più complicata la sua valutazione.

Studi di popolazione hanno mostrato che la prevalenza del dolore nelle persone anziane si aggira tra il 45% e l'80% e l'incidenza dei deficit cogni-

tivi è superiore al 50% (Miller et al., 2005; Leong e Nuo, 2007). Inoltre è emerso che gli anziani istituzionalizzati sembrano essere particolarmente esposti ad avere un inadeguato controllo del dolore (Teno et al., 2004) per una serie di motivi: difficoltà a esprimere i propri bisogni, la convinzione che il dolore sia insito nel processo di invecchiamento, la scarsa sensibilizzazione degli operatori sanitari a prestare attenzione al dolore e l'insufficiente formazione e aggiornamento professionale riguardo alla sua gestione. Questo determina in tali persone assistite un significativo peggioramento delle funzionalità residue e della qualità di vita.

Valutare efficacemente il dolore significa individuarlo accuratamente e sistematicamente attraverso l'utilizzo di scale che siano di facile utilizzo, richiedano poco tempo sia per la registrazione che per l'elaborazione dei dati e che siano validate e approvate. Per tale motivo la ricerca bibliografica intrapresa si è prefissa lo scopo di identificare uno strumento che misurasse il dolore nella popolazione anziana istituzionalizzata affetta da decadimento cognitivo severo in modo affidabile e accurato.

#### **MATERIALI E METODI**

La revisione della letteratura è stata condotta inizialmente basandosi su libri di testo autorevoli attinenti all'argomento d'interesse e su siti internet di ambito geriatrico ([www.grg-bs.it](http://www.grg-bs.it), [www.geragogia.net](http://www.geragogia.net), [www.sigg.it](http://www.sigg.it), [www.centromaderna.it](http://www.centromaderna.it)). In seguito sono state consultate le più importanti banche dati biomediche disponibili on-line: Medline, Cinahl e Cochrane Library, utilizzando



Tabella 1 – Ricerca bibliografica nelle Banche dati

Banche dati	Documenti reperiti	Documenti pertinenti
Medline	90	30 (9 Reviews, 4 Clinical Trials, 1 Systematic Review)
Cinahl	70	22 (6 Reviews, 1 Clinical Trial)
Pre-Cinahl	4	1
Cochrane Library	25	2 Clinical trials

per la ricerca in parola chiave i termini:

- pain measurement
- dementia, dementia vascular, Alzheimer's disease
- institutionalization, nursing homes, homes for aged

e per quella in parola libera:

- cognitiv\* impairmen\*, cognitiv\* declin\*, dementia, dementia vascular, Alzheimer\* disease, advance\* dementia, frontotemporal dementia, severe dementia
- pain, ach, discomfort, grief
- assessmen\*, instrument\*, scal\*, measurement\*, tool\*, indicator\*
- nurs\*
- home\* aged, geriatric long term care residence\*, nursing home\*, old care institution\*

Tali termini sono stati poi opportunamente combinati tra loro attraverso gli operatori booleani AND e OR. Per limitare il più possibile il reperimento di materiale poco pertinente ai fini della ricerca, sono stati definiti i seguenti criteri di inclusione:

- articoli redatti negli ultimi 7 anni (2000-2007),
- popolazione anziana (età maggiore o uguale di 80 anni)

e di esclusione:

- documenti che richiedessero un pagamento per la consultazione
- letteratura di basso profilo scientifico
- articoli non redatti in lingua italiana, inglese o spagnola.

I risultati della ricerca bibliografica nelle banche dati sono riportati in Tabella 1.

Inoltre sono state consultate le pagine dedicate all'infermieristica basata sulle prove d'efficacia disponibili sul sito del Centro Studi EBN del Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna; riviste infermieristiche presenti on-line (L'infermieristica basata sulle evidenze, Nursing Oggi, Nursing

Oggi Geriatria); banche dati di linee guida per la pratica clinica, nazionali e internazionali (Programma Nazionale di Linee Guida, National Guideline Clearing-House, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Agency for Healthcare Research and Quality, New Zealand Guidelines Group, Registered Nurses' Association of Ontario), banche dati di revisioni sistematiche (Joanna Briggs Institute, Cochrane Library). Non è stato però identificato materiale idoneo alla tematica d'interesse.

I documenti reperiti nella ricerca bibliografica e ritenuti pertinenti sono stati sottoposti a un'analisi critica che ha permesso di giungere ai risultati riportati nella discussione.

## DISCUSSIONE

Diversi studi hanno sottolineato la necessità, per le persone anziane con gravi deficit cognitivi, di un approccio personalizzato riguardo alla gestione del dolore che preveda una valutazione globale basata sulla misurazione della sua intensità, sulla funzionalità fisica e cognitiva (MMSE) (Weiner e Hanlon, 2001; Closs et al., 2004).

L'American Geriatrics Society (2002) ha individuato sei aree specifiche che dovrebbero essere osservate e investigate: espressioni facciali, vocalizzazioni, movimenti del corpo, cambiamenti nelle interazioni interpersonali, nelle attività e nello stato mentale.

Secondo Davies et al. (2004) per poter cogliere tali cambiamenti di comportamento l'infermiere deve conoscere intimamente l'anziano e ciò è possibile quando il contatto è quotidiano, inoltre il picco del dolore è maggiore al mattino durante le attività assistenziali in quanto vengono sollecitate articolazioni, legamenti o lesioni di varia natura (Herr e Decker, 2004).

Le espressioni facciali e i comportamentali di difesa (movimenti rigidi o interrotti) sarebbero i più sensi-



Tabella 2 – Le scale eterovalutative: vantaggi e svantaggi

<b>VANTAGGI</b>	abitano ad un uso di items meno soggettivi e più specifici rispetto ad una osservazione non guidata permettono una comparazione in equipe delle osservazioni su una stessa persona assistita facilitano la sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari permettono il confronto tra valutazioni di uno stesso soggetto nel corso del tempo e dopo eventuale trattamento
<b>SVANTAGGI</b>	sono generiche ed i loro items non sono ponderati sulle diverse situazioni/personone sono standardizzate e valide solo all'interno di un Paese (occorre prestare attenzione all'interpretazione nelle varie culture in quanto comportamenti ed espressioni possono essere diversi).

bili indici di dolore negli anziani affetti da deterioramento cognitivo rispetto a quelli integri (Miller e Talerico, 2002); osservazione confermata anche da Manfredi et al. (2003). Questi ricercatori tuttavia considerano utili tali segni ai fini dell'individuazione ma non della quantificazione del dolore.

Hadjistavroupoulos et al. (2000) aggiungono che le reazioni facciali sarebbero indice di dolore in atto, mentre le reazioni di difesa sarebbero invece indice di ansia anticipatoria. Importante guida per l'osservazione è inoltre conoscere le modalità espressive della persona assistita in passate esperienze dolorose. Infatti tali atteggiamenti, se sufficientemente stereotipati, si ripresenteranno e quindi potranno essere adeguatamente interpretati in occasioni algiche.

Pateux et al. (2006) hanno evidenziato un'associazione negativa tra la severità della demenza e la capacità di dimostrare la comprensione delle scale di autovalutazione (visual analogue scale, numerical rating scale, ecc) mostrando che solo il 15% dei partecipanti allo studio (età media 83 anni, MMSE<11) era in grado di utilizzarne almeno una.

Proprio per questo motivo recentemente sono stati proposti strumenti di eterovalutazione del dolore, definiti anche oggettivi, che si basano sull'osservazione sistematica della persona in situazione di riposo e durante il movimento o le attività assistenziali. In letteratura sono state reperite 7 scale redatte appositamente per gli anziani affetti da deficit cognitivi o non comunicativi:

- Checklist of Non-Verbal Pain Indicator (CNPI) (Feldt, 2000)
- Doloplus-2 Scale (Lefebvre-Chapiro, 2001)
- Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) (Warden et al., 2003)
- Pain Assessment for the Dementing Elderly

(PADE) (Villanueva et al., 2003)

- Abbey Pain Scale (Abbey, 2004)
- Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) (Fuchs-Lacelle e Hadjistavropoulos, 2004)
- Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN) (Snow et al., 2005)

Esse misurano specifici indici comportamentali e fisiologici potenzialmente indicativi di dolore e ne assegnano un punteggio. Sono composte da vari items e sono corredate di lessico e indicazioni scritte per l'utilizzo; al termine della compilazione viene calcolato un punteggio complessivo: oltrepassato un cut-off prestabilito ci si troverebbe in presenza di dolore.

Nella tabella 2 sono evidenziati i possibili vantaggi e svantaggi ritenuti da Bird (2003) correlati all'utilizzo di queste scale.

Negli ultimi anni diverse reviews (Scherder et al., 2005; Stolee et al., 2005; Herr et al., 2006; Zwakhalen et al., 2006; Van Herk et al., 2007) si sono occupate di esaminare l'affidabilità (grado di ripetibilità) e la validità (grado di accuratezza nella misurazione) di queste scale di misurazione del dolore. È emerso che la Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) (Warden et al., 2003) è risultata essere quella più adatta a tale scopo. Essa è suddivisa in cinque settori che esplorano differenti modalità di manifestazione del dolore: respiro, vocalizzazioni, espressioni del volto, linguaggio del corpo e consolazione della persona. Ogni settore indagato prevede un punteggio di severità: 0 (assente), 1 (lieve-moderato), 2 (severo). Il punteggio totale va da 0 a 10 (0-1: dolore assente, 2-4: dolore lieve, 5-7 dolore moderato, 8-10 dolore severo).



Figura 1 – La scala PAINAD

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale				
Items*	0	1	2	Score
Breathing independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-Stokes respirations	
Negative vocalization	None	Occasional moan of groan. Low-level speech with a negative or disapproving quality	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying	
Facial expression	Smiling or inexpressive	Sad. Frightened. Frown	Facial grimacing	
Body language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting. Pulling or pushing away. Striking out	Rigid. Fists clenched. Knees pulled up.	
Consolability console	No need to or touch	Distractions or reassured by voice or reassurance	Unable to console, distract	
				Total**

Trials clinici condotti da Leong et al. (2006), Hutchinson et al. (2006) e Costardi et al. (2007) ritengono la scala PAINAD quella più idonea nel caso di una persona anziana affetta da decadimento cognitivo severo per una serie di ragioni: il dolore viene sottostimato solo nel 15% dei casi, la misurazione risulta accurata, necessita solo di un minimo training per imparare ad utilizzarla e occorrono solo pochi minuti per completarla: è quindi ideale nella routine.

Nella Figura 1 viene riportata la versione americana della scala in quanto non è stata ancora validata la traduzione italiana.

### CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La revisione della letteratura ha evidenziato che sono stati creati appositi strumenti per la misurazione del dolore negli anziani con gravi deficit cognitivi ma pochi studi si sono occupati della loro reale efficacia. Le valutazioni psicometriche condotte dalle reviews consultate hanno comunque ritenuto la scala PAINAD quella con la migliore utilità clinica, sia dal punto di vista della validità, della affidabilità e della facilità d'utilizzo per questo tipo di persona assistita, è stata già utilizzata in clinical trials e recentemente testata nella realtà italiana.

Quello che però diversi articoli hanno sottolineato è che il cardine della valutazione del dolore in questo tipo di persona assistita non è tanto l'utiliz-

zo preciso e puntuale di uno o dell'altro strumento, ma l'attenzione, la sensibilità per l'osservazione e la capacità di "tradurre" segni che altrimenti resterebbero, come spesso è accaduto finora, indecifrati o peggio ancora male interpretati.

Infatti, come viene sottolineato all'art. 1 comma 3 e 2 comma 3 del Codice Deontologico dell'Infermiere (1999): la sua responsabilità consiste nel curare e nel prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute e della dignità dell'individuo. Riconosce che tutti hanno diritto ad uguale considerazione e li assiste indipendentemente dall'età, e dalle cause di malattia. Questo significa che l'infermiere deve operare affinché il concetto etico di advocacy e caring siano sempre promossi perché, come afferma Zanetti (1999): "Spendere la propria professione per ribadire che la dignità di un uomo appartiene anche a coloro che di essere donne o uomini hanno apparentemente perso il ricordo, realizza l'arte del to care della professione infermieristica". All'art. 3 comma 1 del medesimo codice viene espresso che attraverso la formazione permanente, la riflessione critica, l'esperienza e la ricerca l'infermiere può migliorare la propria competenza, anche in quest'ambito, in modo da garantire prestazioni di qualità e adoperarsi affinché l'assistenza sia sempre personalizzata, perché ogni persona è unica (Cantarelli, 2003).



## BIBLIOGRAFIA

1. American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002) The Management of persistent pain in older persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 50 (6): S205-S224.
2. Bird J. (2003) Selection of pain measurement tools. *Nursing Standard*, 18(13):33-9.
3. Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. (2° ed.) Milano: Masson.
4. Closs S.J., Barr B., Briggs M., Cash K., Seers K. (2004) A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *Journal of Pain & Symptom Management*, 27 (3): 196-205.
5. Costardi D., Rozzini L., Costanzi C., Ghianda D., Franzoni S., Padovani A., Trabucchi M. (2007) The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 44 (2): 175-80.
6. Davies E., Male M., Reimer V., Turner M., Wylie K. (2004) Pain assessment and cognitive impairment: part 1. *Nursing Standard*, 19 (12): 39-42.
7. Federazione Nazionale Collegi IPASVI (1999) Codice deontologico dell'infermiere. Roma.
8. Hadjistavropoulos T.D., LaChapelle D.L., MacLeod F.K., Snider B.M., Craig K.D. (2000) Measuring movement-exacerbated pain in cognitively impaired frail elders. *The Clinical Journal of Pain*, 16 (1): 54-63.
9. Herr K.A., Decker S. (2004) Assessment of pain in older adults with severe cognitive impairment. *Annals of Long Term Care*, 12 (4): 46-52.
10. 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 & Symptom Management*, 31 (2):170-92.
11. Hutchison R.W., Tucker W.F. Jr, Kim S., Gilder R. (2006) Pain and symptom management. Evaluation of a behavioral assessment tool for the individual unable to self-report pain. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 23 (4): 328-31.
12. Leong I.Y., Chong M.S., Gibson S.J. (2006) The use of a self-reported pain measure, a nurse-reported pain measure and the PAINAD in nursing home residents with moderate and severe dementia: a validation study. *Age and Ageing*, 35 (3): 252-6.
13. Leong I.Y., Nuo T.H. (2007) Prevalence of pain in nursing home residents with different cognitive and communicative abilities. *The Clinical Journal of Pain*, 23 (2): 119-27.
14. Manfredi P.L., Breuer B., Meier D.E., Libow L. (2003) Pain assessment in elderly patients with severe dementia. *Journal of Pain & Symptom Management*, 25 (1): 48-52.
15. Miller L.L., Talerico K.A. (2002) Pain in older adults. *Annual Review of Nursing Research*, 20: 63-88.
16. Miller L.L., Talerico K.A., Rader J., Swafford K., Hiatt S.O., Millar S.B., Smith K.R., Sloane P.D. (2005) Development of an intervention to reduce pain in older adults with dementia: challenges and lessons learned. *Alz-heimer's Care Quarterly*, 6 (2): 154-67.
17. Pautex S., Michon A., Guedira M., Emond H., Le Lous P., Samaras D., Michel J., Herrmann F., Giannakopoulos P., Gold G. (2006) Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54 (7): 1040-5.
18. Scherder E., Oosterman J., Swaab D., Herr K., Ooms M., Ribbe M., Sergeant J., Pickering G., Benedetti F. (2005) Recent developments in pain in dementia. *British Medical Journal*, 330 (7489): 461-4.
19. Shega J.W., Hougham G.W., Stocking C.B., Cox-Hayley D., Sachs G.A. (2005) Factors associated with self- and caregiver report of pain among community-dwelling persons with dementia. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (3): 567-75.
20. Stolee P., Hillier L.M., Esbaugh J., Bol N., McKellar L., Gauthier N. (2005) Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (2): 319-326.
21. Teno J.M., Kabumoto G., Wetle T., Roy J., Mor V. (2004) Daily pain that was excruciating at some time in the previous week: prevalence, characteristics, and outcomes in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5): 762-7.
22. Van Herk R., Van Dijk M., Baar F.P.M., Tibboel D., De Wit R. (2007) Observation scales for pain assessment in older adults with cognitive impairments or communication difficulties. *Nursing Research*, 56 (1): 34-43.
23. 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.
24. Weiner D.K., Hanlon J.T. (2001) Pain in nursing home residents: management strategies. *Drugs Aging*, 18 (1):13-29.
25. Zanetti E. (1999) L'assistenza all'anziano affetto da demenza. Milano: Lauri edizioni.
26. 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): 210-2

