

“Il Dolore nella persona anziana: progetti ed esperienze”

Massimo Monti

RSA e Hospice

ASP Pio Albergo Trivulzio - Milano

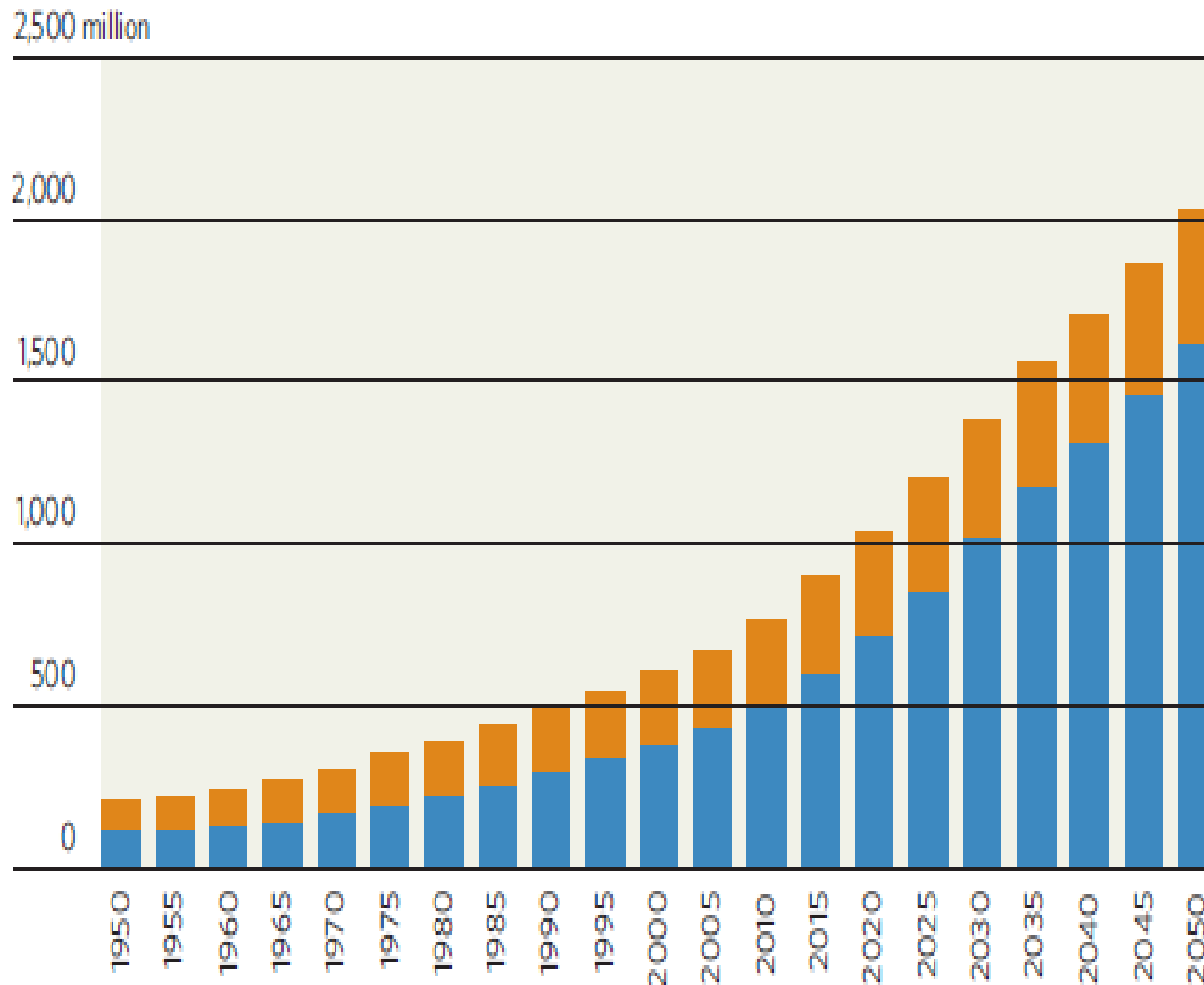
Corso Formazione – AO Papa Giovanni XXIII

Bergamo, 5 Ottobre 2013



Azienda di Servizi alla Persona
**ISTITUTI MILANESI
MARTINIT E STELLINE
E PIO ALBERGO TRIVULZIO**

Number of people aged 60 or over: World, developed and developing countries, 1950-2050



In 1950, there were 205 million persons aged 60 years or over in the world.

By 2012, the number of older persons increased to almost 810 million.

It is projected to reach 1 billion in less than ten years and double by 2050, reaching 2 billion.

Note: The group of "developed countries" corresponds to the "more developed regions" of the *World Population Prospects: The 2010 Revision*, and the group "developing countries" corresponds to the "less developed regions" of the same publication.

Table 1: Global ageing indicators

Life expectancy	2011/12	2050 projection
Life expectancy at birth by sex (men/women)	67.1 / 71.6	73.2 / 78.0
Life expectancy at 60 by sex (men/women)	18.5 / 21.6	20.9 / 24.2
Life expectancy at 80 by sex (men/women)	7.1 / 8.5	8.3 / 9.8

Population

Number of people aged 60+	809,742,889	2,031,337,100
Number of people aged 80+	114,479,616	402,467,303
Number of people aged 100+	316,600	3,224,400
Percentage of people aged 60+	11.5	21.8
Percentage of people aged 80+	1.6	4.3
Sex ratio: Number of men aged 60+ per 100 women aged 60+	83.7	86.4

Source: UNDESA, Population Division (2012). Prepared by the Population and Development Section on the basis of data from UNDESA, *World Population Prospects: The 2010 Revision* (New York, 2011), and UNDESA, *World Population Ageing and Development 2012, Wall Chart* (2012; forthcoming) www.unpopulation.org, and UNDESA, Population Division, *World Population Ageing: Profiles of Ageing 2011* (New York, 2011), CD-ROM.

Il processo individuale dell'invecchiamento è **multidimensionale (non è solo cronologico)** e coinvolge cambiamenti fisici, psicologici e sociali.

CHI E' ANZIANO?

Le Nazioni Unite usano convenzionalmente a scopo demografico i 60 aa per definire la popolazione anziana.

Nei paesi sviluppati il cut off è 65 aa (benefici pensionistici).

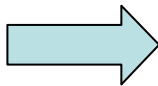
Quindi il concetto di “anziani” varia nelle differenti società.

L'età anziana è anche un costrutto sociale, associato ai cambi di ruolo sociale e attività (p.e. diventare nonni o pensionati).

Gli anziani spesso definiscono la vecchiaia come un periodo nel quale le capacità funzionali, mentali e fisiche sono in declino e le persone sono più esposte alle malattie e/o alla disabilità

Table 3: Population and Proportion of 65+ Inhabitants

Country	Population (million)	No. Citizens 65+	Proportion of population (%)
Austria ¹	8.4	1.5	17.3
Belgium	10.8	NK	17.0
France	65.0 (including overseas population)	10.9	16.9
Germany	81.8	16.9	20.6
Ireland ²	4.5	0.53	11.4
Italy	60.3	12.2	20.4
The Netherlands	16.6	2.5	15.2
Norway	4.9	0.74	14.8
Portugal	10.6	1.8	17.7
Spain	47.0	7.9	17.2
Sweden	9.4	1.7	18.0
Switzerland	7.8	1.3	17.3
United Kingdom	61.0	9.8	15.8



Source: OECD (2011)(unless stated otherwise)

¹ Statistics Austria 2012

² Central Statistics Office Ireland (2011)

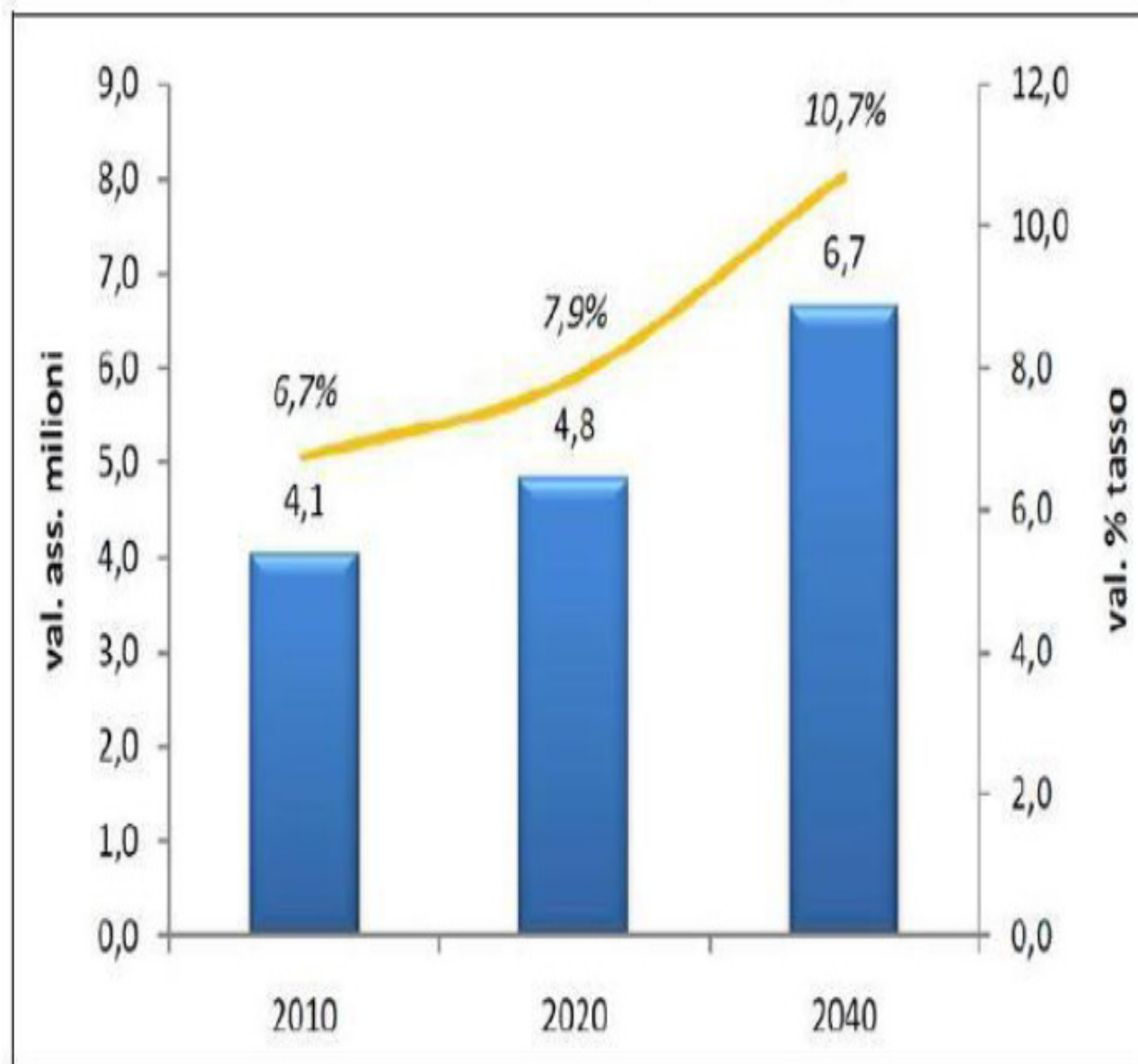
Popolazione anziana in Italia

	2001	2010	2020	2030
Population (million)	57,7	56,4	53,9	50,8
over 65-yrs %	18,3	20,6	23,9	28,6
over 80-yrs %	3,9	5,7	7,1	8,5
Median Age (years)	40,2	44,4	48,7	52,2

Source: Population Division of the Department of Economics and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects, The 2000 revision.

www.org/esa/population/demobase

La progressione della disabilità in Italia. Nel 2040 si prevedono più di 6 mln di disabili



Dossier Quotidiano Sanità su non autosufficienza. Fonte Censis dal II Rapporto sulla Non Autosufficienza del Ministero del Lavoro

Nell'anziano non autosufficiente

- **Aumento prevalenza COMORBIDITA' con l'età:**
 - Incontinenza urinaria e fecale
 - Ipoacusia e deficit visivo
 - Sarcopenia – Osteoporosi – Artrosi
 - Demenza

La prevalenza dei sintomi aumenta con l'età:

5.7 sintomi in pz \leq 65 anni

7.4 sintomi in pz \geq 85 anni

Sintomi a maggiore frequenza:

fatigue (astenia), dolore, anoressia-cachessia, stipsi, dispnea, nausea, vertigini (instabilità posturale)

Nelle NH (Nursing Home) negli ultimi venti anni il numero degli ospiti con più **disabilità** nelle ADL è aumentato dal 72% al 90%. L'**età** media è passata da 82 a 86 anni e la percentuale di **disturbi cognitivi** rilevanti dal 61% al 78%.

Kane RL, 2000.

Negli USA circa un **decesso** su cinque si registra nelle NH. Su 1.6 mln di residenti, circa un terzo muore ogni anno.

Casarett, 2005

La maggior parte dei residenti in NH muore entro 2 aa dalla ammissione.

Hockley, 2006

Vantaggi dei Programmi di CP nelle Nursing Home

- migliore valutazione e gestione del dolore e dei sintomi
- minore uso di farmaci inappropriati / futili
- minore ricorso a contenzione fisica
- i pazienti restano più a lungo nella loro residenza (minore ricorso alla ospedalizzazione nelle acuzie)
- attuazione di interventi di supporto psicosociale e spirituale (anche ai familiari)
- sviluppo di programmi di supporto al lutto

Swagerty D, Integration of Palliative Care in US Nursing Home, IAGG,2010

I residenti delle NH con **demenza avanzata** che ricevono “programmi hospice” sono:

- meno ospedalizzati negli ultimi 30 gg di vita (24% vs. 44%)
- **più frequentemente valutati per il dolore (con strumenti specifici)**
- **hanno una probabilità doppia di ricevere un trattamento quotidiano antalgico in accordo con le linee guida cliniche**
- minore ricorso a contenzione fisica, nutrizione artificiale, terapie per via endovenosa e uso del sondino naso-gastrico per nutrizione

Miller S, 2004

Il dolore nell'anziano

Conseguenze del dolore cronico

- depressione,
- ansietà,
- isolamento sociale,
- disturbi del sonno e dell'alimentazione,
- deficit della deambulazione,
- progressiva riduzione dell'autonomia,
- aumentato ricorso alle cure mediche.



Sindromi geriatriche aggravate dal dolore

- disturbi dell'equilibrio e cadute,
- malnutrizione,
- ritardo nei processi riabilitativi,
- effetti avversi da farmaci, compromissione significativa della qualità di vita dell'anziano.

L'anziano non comunica il dolore...

- crede che sia parte normale dell'invecchiamento
- non vuole essere ritenuto ipocondriaco
- teme le conseguenze prognostiche del dolore
- ha paura di terapie con farmaci stupefacenti
- è preoccupato riguardo ai costi delle cure
- ritiene il dolore meno importante rispetto alle altre condizioni di salute esistenti



...ma si lamenta di fastidio, bruciore, prurito...

- ritiene il dolore meno importante rispetto alle altre condizioni di salute esistenti
 - perché presenta deficit sensoriali (udito, vista) e/o di linguaggio
- perché non lo ricorda (deficit cognitivi)

Intensità del dolore

NRS=

Numeric Rating Scale

VRS=

Verbal Rating Scale

VAS=

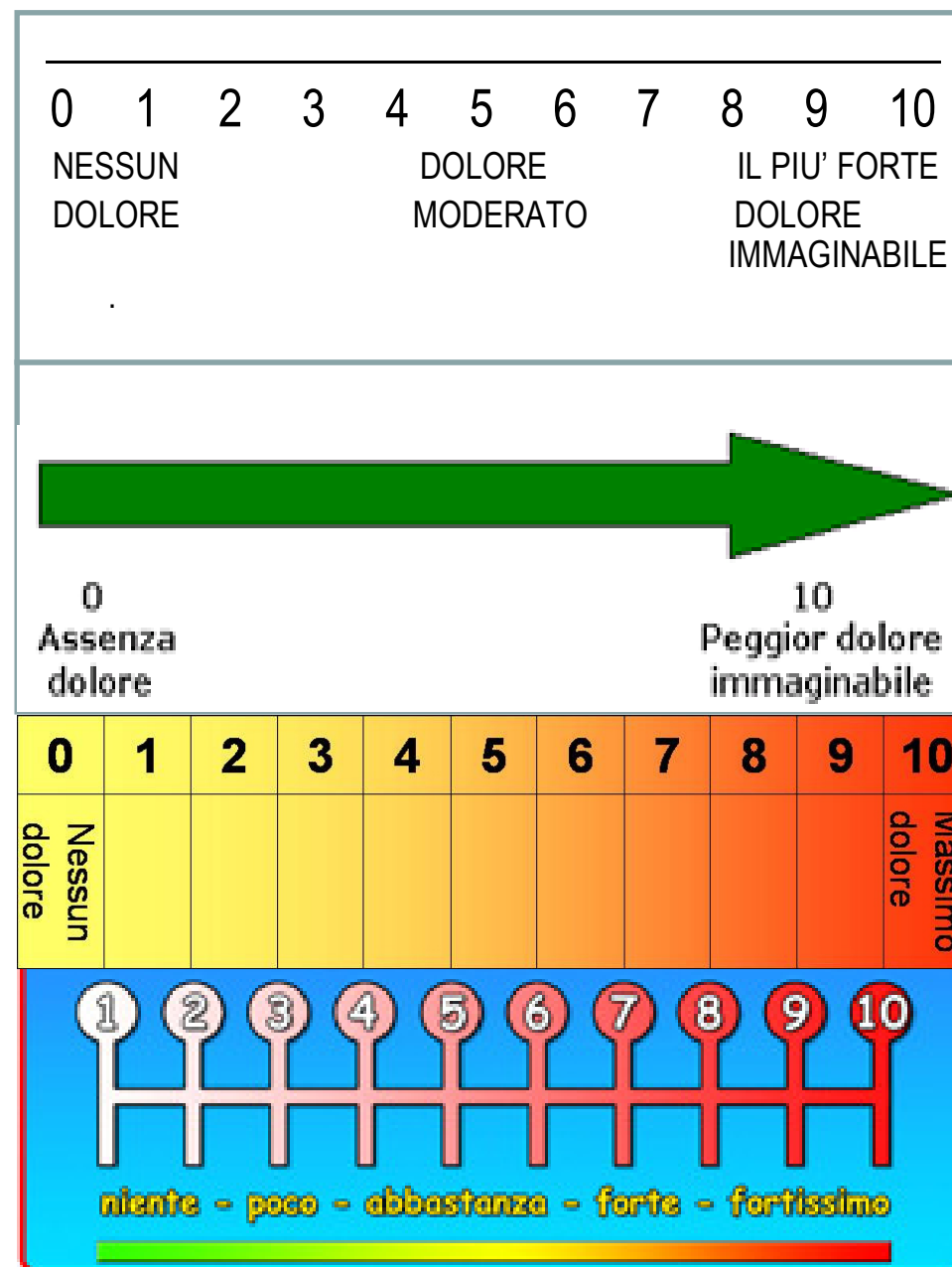
Visual Analogue Scale

VAS

Scale nate in ambito pediatrico

- **Coloured Analogue Scale,**
 - **Facial Affective Scale,**
 - **Faces Pain Scale (FPS),**
- o la più semplice **scala numerica graduata.**

(dolore lieve, moderato, grave)



AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons, The Management of Persistent Pain in Older Persons. American Geriatric Society. J Am Geriatr Soc 2002, 50: S205-S224.



Pain behaviours:

- Rigidity
- Guarding (stare in guardia)
- Bracing (teso)
- Stopping the activity
- Rubbing (sfregare)
- Shifting (movimento)
- Grimacing (smorfie)
- Sighing (sospiri)
- Nonverbal vocalization
- Verbal complaint

Changes in functioning:

sleep, appetite, physical activity, mobility

Physiological measures:

heart rate, blood pressure

Valutazione del dolore nell'anziano

	NRS	VRS	VAS	Pain behaviours
No demenza	SI	SI	?	NO
Demenza lieve-moderata	SI	SI	?	NO
Demenza moderata-grave	NO	NO	NO	SI

FPS (Functional Pain Scale)

Punteggio	Descrizione del dolore in base all'autonomia funzionale
0	No dolore
1	Tollerabile (non limita alcuna attività)
2	Tollerabile (ma limita alcune attività)
3	Intollerabile (il paziente può usare il telefono, guardare la TV, leggere)
4	Intollerabile (il paziente non può usare il telefono, guardare la TV, leggere)
5	Intollerabile (incapace di comunicare a causa del dolore)

Scale di valutazione del dolore

➡ DOLOPLUS2 (Wary et al, 1992, France)


➡ ECPA- l'Echelle Comportamentale pour le Personne Agées (Alix et al, 1993, France)

- ECS- l'Echelle Comportamentale simplifiée (Baulon et al, 1995, France)
- The Observational Pain Behaviour Tool (Simons & Malabar, 1995, UK)
- CNPI- Checklist of Non-verbal Pain Indicators (Feldt et al, 2000, USA)

➡ PACSLAC- Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (Hadjistavropoulos et al, 2002, Canada)

➡ PAINAD- Pain Assessment in Advanced Dementia (Warden, Hurley and Volicer, 2002, USA)

- PADE- Pain Assessment in Dementing Elderly (Villanueva et al, 2003, USA)
- RaPID- Rating Pain In Dementia (Sign & Orrel, 2003, UK)
- The Abbey Pain Scale (Abbey et al, 2004, Australia)
- NOPPAIN- the NO n communicative Patient's Pain Assessment INstrument (Snow et al, 2004, USA)
- Pain Assessment Tool for Use with Cognitive Impaired Adults (Davies et al, 2004, Australia)
- *PATCOA- the Pain Assessment Tool in Confused Older Adults (Decker & Perry, 2003)*

Azienda di Servizi alla Persona  ISTITUTI MILANESI MARTINITT E STELLINE E PIO ALBERGO TRIVULZIO	MODULO PAINAD (Pain Assessment IN Advanced Dementia) (Warden V, 2003)	
---	---	--

PUNTEGGIO	0	1	2	Data	Data	Data	Data
RESPIRAZIONE (indipendente dalla vocalizzazione)	normale	episodi di respiro affannoso, brevi periodi di iperventilazione	respiro rumoroso, affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea, lunghi periodi di iperventilazione				
VOCALIZZAZION E NEGATIVA (lamenti, grida pianti)	assente	pianti o brontolii occasional	urla o lamenti ripetuti e/o ad alta intensità				
ESPRESSIONI FACCIALI	sorridente o inespressiv o	triste, spaventato, accigliato	smorfie				
LINGUAGGIO DEL CORPO	rilassato	teso o irrequietezza motoria, passo nervoso	rigido, pugni chiusi, tenta di colpire l'operatore, atteggiamento in flessione				
CONSOLABILITÀ (reazione all'intervento dell'operatore finalizzato a distrarre o fornire rassicurazione con le parole o il tocco)	non ha bisogno di essere consolato	confuso, cerca rassicurazione, distratto o rassicurato dalla voce e/o dal contatto	incapacità di distrazione e/o consolazione				
TOTALE							

Legenda: 0= assenza del comportamento che esprime dolore; 1= presenza occasionale o di entità moderata del comportamento che esprime dolore; 2= continua o grave manifestazione del comportamento che esprime dolore

PUNTEGGIO TOTALE:

0-1	dolore assente
2-4	dolore lieve
5-7	dolore moderato
8-10	dolore grave

Prevalenza del dolore cronico in anziani istituzionalizzati in residenza sanitaria assistenziale

*Massimo Monti, Daniela Moretti, Antonella Conti, Isabella Leoni,
Guido Collodo, Ivana Santi, Monica Gandelli*

*Residenze Sanitarie Assistenziali
Azienda di Servizi alla Persona "Pio Albergo Trivulzio" Milano*

Corrispondenza a:
Massimo Monti
e-mail: monti.massimo@tin.it

Nel 2003 è stato attivato presso le RSA del Pio Albergo Trivulzio di Milano un progetto di miglioramento del controllo del dolore che, in prima istanza, prevedeva la rilevazione della prevalenza del sintomo.

Lo studio ha incluso:

237 soggetti (45 uomini e 192 donne)

età media di 84,2 anni;

79 soggetti (33,3%) hanno riferito dolore

di cui 57 (24,1%) dolore intermittente e 20 (8,4%) costante.

60 soggetti riferivano dolore al momento dell'intervista con intensità severa (22%), moderata (55%), lieve (23%)

67 riferivano dolore nelle 24 ore precedenti

con intensità severa (30%), moderata (49%), lieve (21%)

Solo 11 pazienti erano in trattamento cronico con farmaci antidolorifici.

Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i soggetti con e senza dolore per quanto riguarda età, sesso e indice di Barthel.

La prevalenza di dolore è significativamente maggiore nei soggetti cognitivamente integri vs quelli con decadimento grave ($p=0,026$).

Il 43% dei pazienti depressi ha lamentato dolore moderato-severo vs il 19,5% dei soggetti con tono dell'umore normale ($p=0,0015$).

L'implementazione di programmi per il miglioramento del controllo del dolore in queste strutture passa attraverso la crescita culturale e professionale degli operatori.

The Barthel Index

(Granger, 1979)

Legenda

- 1 = Totale incapacità ad eseguire il compito (anche con aiuto)
- 2 = Necessità di aiuto importante (completa incapacità senza aiuto)
- 3 = Necessità d'aiuto modesto e/o supervisione attiva (necessità aiuto per porre a termine il compito)
- 4 = Necessità di aiuto minimo e/o supervisione passiva
- 5 = Totale autonomia (la lentezza nell'eseguire un compito non modifica il punteggio purché non richieda l'intervento di terzi)

ITEM	1	2	3	4	5	data
Pulizia personale	0	1	3	4	5	
Farsi il bagno	0	1	3	4	5	
Alimentazione	0	2	5	8	10	
Uso dei servizi	0	2	5	8	10	
Salire le scale	0	2	5	8	10	
Vestirsi	0	2	5	8	10	
Controllo feci	0	2	5	8	10	
Controllo urine	0	2	5	8	10	
Deambulazione	0	3	8	12	15	
o uso di carrozzina	0	1	3	4	5	
Trasferimento letto/sedia	0	3	8	12	15	
Totale punteggio						/100



**CARTELLA INFERMIERISTICA
RSA**

M_PROSA03_12rsa

Rev.0 del 17/10/2011

SEZIONE/ NUCLEO _____

Figura professionale di riferimento (TUTOR) _____

COGNOME _____

NOME _____

ETICHETTA
IDENTIFICATIVA
DELL'OSPITE

DATA DI NASCITA _____

DATA ACCOGLIENZA _____

CREDO RELIGIOSO _____

PROVENIENZA domicilio ospedale DGR altra RSA

altra sezione/struttura PAT

CAREGIVER DI RIFERIMENTO _____

RECAPITI TELEFONICI _____

PATOLOGIA RINCIPALE:

ALLERGIE non riferite presenti (*specificare*)

BISOGNO DI COMUNICAZIONE E STATO COGNITIVO

Vigile Soporoso Incosciente (coma) Orientato T/S Confuso Aggressivo

Comportamento collaborante: SI NO

Wandering: SI NO

Capacità di esprimersi: SI NO Capacità di comprendere: SI NO

UDITO: normale ipoacusia sordità Uso di protesi: SI NO

VISTA: normale ipovisus cecità Uso di occhiali: SI NO

LINGUAGGIO: normale afasia disartria

BISOGNO DI IGIENE

Esegue autonomamente l'igiene personale: SI NO

Necessita di aiuto: dalla vita in su (viso) dalla vita in giù (bidet)

Autonomo nella vestizione: SI NO

Necessita di aiuto: dalla vita in su dalla vita in giù

BISOGNO DI MOVIMENTO E AMBIENTE SICURO

Deambulazione: SI NO PARZIALMENTE

Uso di Ausili: Carrozzina Deambulatore Bastone/Tripode

Passaggi Posturali: Autonomo Con aiuto Dipendente (Uso di sollevatore)

Strumenti di protezione e tutela: NO SI se SI quali _____

Spondine al letto

BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA

Continente Incontinente

Uso del WC: NO SI Solo Accompagnato

Uso di Presidi: NO SI Pannolone Padella/Pappagallo

Catetere vescicale: NO SI Posizionato il:.....Tipo.....CH.....

Urostomia: NO SI N°mm..... DIALISI: NO SI

BISOGNO DI ELIMINAZIONE INTESTINALE

Continente Incontinente

Uso del WC: NO SI Solo Accompagnato

Uso di Presidi: NO SI Pannolone Padella/Pappagallo

Colonstomia: NO SI N° mm.....

Ileostomia: NO SI N° mm.....

BISOGNO DI RIPOSO E SONNO

- Riposa tranquillo/a: SI NO
 Sveglia tranquillo Sveglia deambulante Sveglia agitato
Uso di farmaci: NO SI quali _____
Strumenti di protezione e tutela durante le ore notturne: NO SI
 Cintura Spondine

BISOGNO DI ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

- Autonomo: SI NO PARZIALMENTE
Necessita di aiuto per: Assumere posizione Preparare alimenti/occorrente
 Assumere alimenti
Difficoltà nella deglutizione: NO SI SOLIDI LIQUIDI
Protesi dentaria totale: SI NO
Protesi dentaria parziale: SI NO
Modalità assunzione cibo: OS NP SNG PEG
Peso _____ Altezza _____
Condizione di cute e mucose: Idratate NON idratate
DIABETE MELLITO: SI NO
Se **SI**, Pz in terapia con Insulina: SI NO o Ipoglicemizzanti orali: SI NO
Preferenze Alimentari

Cibi e bevande gradite _____

BISOGNO DI RESPIRAZIONE

- Tipo di respirazione: Eupnoica Dispnoica da sforzo Dispnoica a riposo
Tipo di Ventilazione: Spontanea Artificiale (VMA): Uso di CPAP BPAP
Presenza di Tracheostomia: SI NO Tipo.....N°.....
Ossigenoterapia:
Ossigenoterapia: NO SI Lt/min.....
Modalità O2 Terapia: In continuo Da sforzo Solo notturno
Presidio per O2 Terapia: Occhialini Mask facciale Sondino naso/faringeo

BISOGNO DI FUNZIONALITA' CARDIOCIRCOLATORIA

- Presenza di edemi declivi : NO SI
Presenza di Catetere Venoso Periferico (CVP): NO SI
Posizionato il.....

VALUTAZIONE DEL DOLORE											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore assente 0-1	Dolore lieve 2-4		Dolore moderato 5-7				Dolore grave 8-10				
BIANCHERIA PROPRIA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI											
USO LAVANDERIA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> per _____											

ABITUDINI / INTERESSI / CAPACITA'

usa fare passeggiate <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	usa guardare la tv <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
usa vedere amici <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	sa usare il telefono <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
sa gestire il denaro <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	può uscire dalla struttura <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
è solitario <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	è socievole <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

TENENDO CONTO DELLE ESIGENZE STRUTTURALI C'E' QUALCOSA CHE VORREBBE PORTARE CON SE' NO SI se si che cosa _____

INFORMAZIONI RACCOLTE

dall'Ospite aiutato da familiari dai familiari _____

SCHEDE ALLEGATE: BARTHEL NORTON NUTRIZIONALE
 MMSE SCHEDE SONNO CONLEY

NOTE

DATA _____ **FIRMA** _____

	PROTOCOLLO	PL_PROSA03_09
	CONTROLLO DEL DOLORE	Pagina 1 di 11

0	10.11.2012	Introduzione protocollo
N. REV.	DATA	MOTIVO DELLA REVISIONE

REDAZIONE	CONTROLLO	VERIFICA	APPROVAZIONE
Dirigente Medico Responsabile Ufficio Infermieristico	SIA (Servizio Infermieristico Aziendale)	Coordinatore Sistema Qualità	Direttore Socio-sanitario

5 RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	FIGURE PROFESSIONALI	
	MEDICO	INFERMIERE
Rilevazione dolore	R	R
Valutazione dolore	R	R
Prescrizione Terapeutica	R	
Somministrazione farmaci		R
Monitoraggio dolore		R
Rivalutazione Terapia	R	C

Legenda: R = responsabile C = collabora

6 PERCORSO PER LA VALUTAZIONE DEL DOLORE

CHI	COME
Valutazione da parte del medico al momento della presa in carico e segnalazione all'infermiere	La rilevazione del dolore viene effettuata per tutti i pazienti all'ingresso in Unità Operativa Utilizzando le scale N.R.S. per i pazienti collaboranti (M_PROSA03_03) e PAINAD per i pazienti con demenza non comunicanti (M_PROSA21_05). La registrazione della presenza o meno del dolore deve essere effettuata sulla cartella infermieristica (M_PROSA03_06dgr e M_PROSA03_12rsa)
Il medico indica il trattamento analgesico	In caso di paziente con dolore, il medico prescrive la terapia e segnala al personale infermieristico la necessità di avviare il monitoraggio del dolore . Dà anche indicazioni sulla eventuale integrazione della terapia (<i>dose rescue</i>).
L' infermiere misura il dolore tutti i giorni ad intervalli definiti e in caso di chiamata del paziente	L'infermiere provvede a misurare l'intensità del dolore con l'apposita scala secondo indicazione (almeno 1 volta die rilevando il peggior dolore riferito). L'infermiere provvede alla registrazione del dolore nella scheda "parametri vitali" (M_PROSA03_42) Se il paziente chiama per l'intensificarsi del dolore, l'infermiere provvede ad un'ulteriore misurazione e registrazione, insopportabile si procede al trattamento come da indicazioni del medico (<i>dose rescue</i>) o alla chiamata del medico.

	<p>A distanza di 30/60 minuti dal trattamento, l'infermiere valuta l'efficacia della terapia con l'usuale scala, registrandone l'esito.</p> <p>Qualora la chiamata provenga da un paziente il cui dolore non era stato rilevato inizialmente dal medico, l'infermiere provvede a segnalare il caso al medico che avvierà l'iter di valutazione.</p>
Il medico tiene conto delle misurazioni e rivaluta la terapia	Il medico, prenderà visione delle registrazioni relative all'intensità del dolore provvedendo alle eventuali variazioni del trattamento.

7 RUOLO DELL' INFERMIERE NEL CONTROLLO DEL DOLORE:

E' fondamentale in quanto:

- Una mancata valutazione del dolore porta ad uno scarso ed inadeguato trattamento
- Un dolore non alleviato ma alleviabile genera sofferenza inutile
- Rilevare costantemente la presenza del sintomo dolore comunica al paziente la volontà di prendersi cura anche di questo aspetto.

Per ottenere una misurazione dell'intensità del dolore il più possibile valida ed affidabile, è indispensabile utilizzare sempre lo stesso strumento e la stessa modalità di rilevazione. E'importante pertanto seguire delle semplici regole:

1. Rilevazione dell'intensità del dolore almeno una volta al giorno
2. Presentare a tutti i pazienti le istruzioni oralmente, accompagnate dal supporto visivo (scala numerica su cartoncino)
3. Istruzioni verbali: "Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile."
4. Se il paziente divaga, rispondendo ad esempio con descrizioni verbali (es. 'Si, ho un po' di dolore, ma non tanto) richiamarlo con calma alle istruzioni: "Me lo indichi per cortesia con un numero da 0 a 10".
5. Specificare sempre l'unità temporale di riferimento nella misurazione dell'intensità del dolore: es. "in questo momento", "nelle ultime 24 ore", ecc.
6. Mai suggerire la risposta al paziente (es. il personale non deve mai dire: "Ha detto che ha un po' di male, quindi sarà circa 2 o 3, vero?) e tanto meno fare la valutazione al suo posto presumendo di conoscere come si sente.
7. Se il paziente dice di non aver compreso le istruzioni, usare esempi semplici, come: "Immagini che questo sia un termometro per valutare il dolore; più il numero è alto e più il dolore è forte." Non usare l'esempio dei voti a scuola, perché può confondere (10 a scuola rappresenta un evento positivo mentre nel nostro caso 10 corrisponde a un evento altamente negativo).

8. Se il paziente contesta l'istruzione, dicendo per es. che lui non può sapere qual è il dolore peggiore in assoluto, ricordargli che si tratta di una valutazione soggettiva e personale; chiedere di fare riferimento a quello che lui immagina poter essere il peggiore dolore possibile.

9. Non mostrare o riferire al paziente la valutazione del dolore data in precedenza, anche se lui stesso ne fa richiesta; rispondere che per noi è importante avere la sua valutazione del dolore in quel preciso momento.

10. Non fare commenti sulla risposta data dal paziente (dire solo "Va bene" oppure "Ho capito"). La valutazione del paziente non va mai contestata. Per es. non va mai detto: "Ma come! Se prima mi ha detto che il dolore era 6, come fa a dirmi che adesso è 8, dopo aver assunto un analgesico? E' impossibile!!"

11. Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi e che lo strumento di misura che noi utilizziamo non è un 'termometro'. Quando le valutazioni del paziente risultano incongruenti può essere interessante cercare di capire perché questo avviene: sono presenti convinzioni o paure che possono condurlo a sovra- o sotto- stimare l'intensità del dolore?

12. Attenzione a non fornire vantaggi secondari di tipo attenzionale - relazionale alle lamentele di dolore. Alcuni pazienti possono sentirsi gratificati dall'ottenere attenzioni particolari dallo staff di cura, accentuando a tal fine il comportamento manifesto di dolore. L'attenzione dell'operatore deve essere rivolta alla persona e al suo dolore/sofferenza, ma non necessariamente al comportamento da dolore.

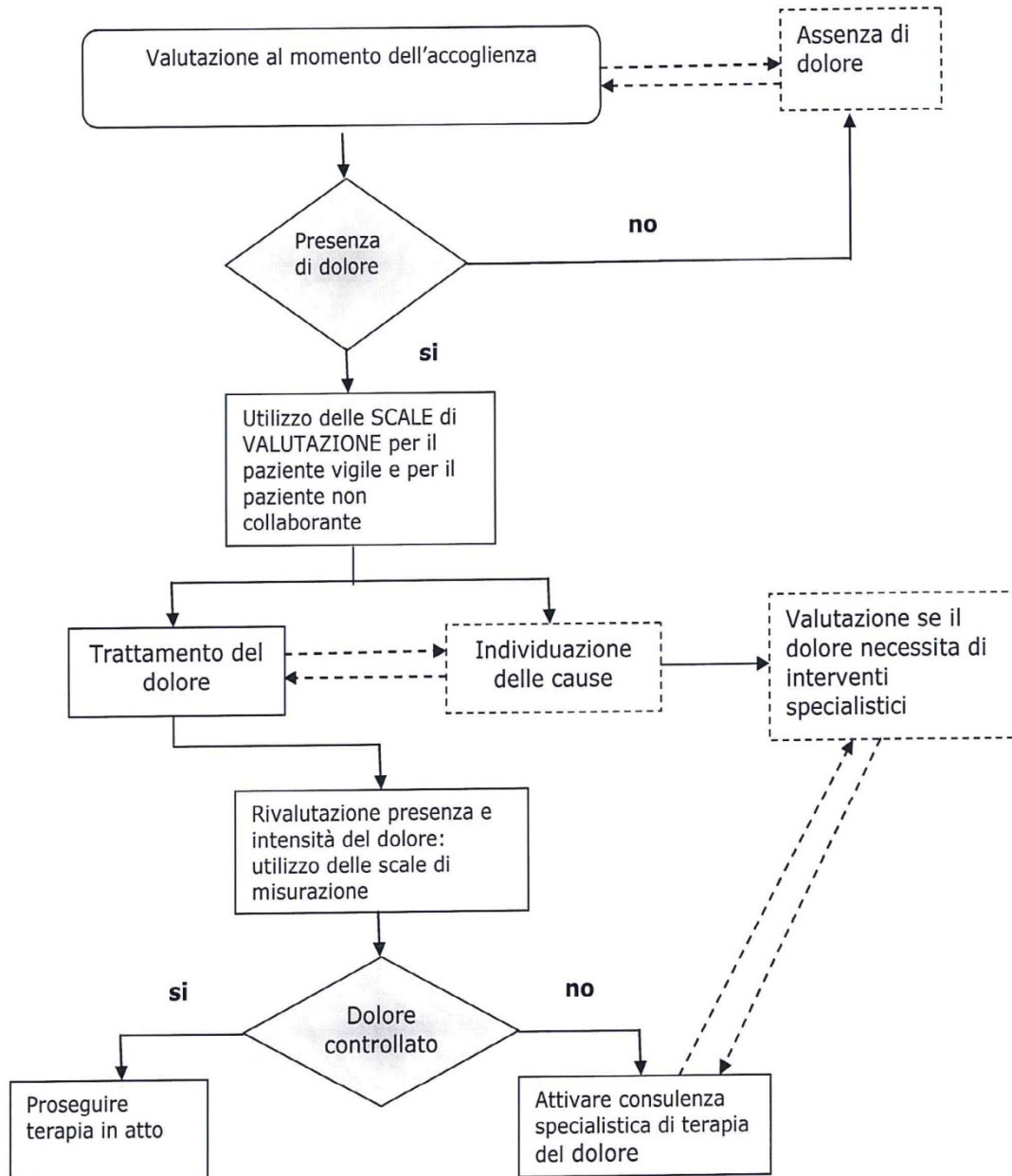
13. Annotare la risposta nella scheda Parametri Vitali (**M_PROSA03_42**)


14. Se l'intensità del dolore è pari o superiore a 4, riferire tempestivamente la risposta del paziente al medico in modo che il dolore possa essere gestito secondo il protocollo di trattamento previsto.

8 TRATTAMENTO

Facendo riferimento alla intensità della sintomatologia, la strategia terapeutica si basa sulla scala analgesica a tre gradini proposta dalla OMS, che prevede l'utilizzo di determinate classi di farmaci a seconda della gravità del dolore: non oppioidi e/o oppioidi deboli per il dolore lieve-moderato, oppioidi per il dolore moderato-severo (con l'integrazione, o meno, di farmaci adiuvanti in

ALGORITMO PER LA GESTIONE DEL DOLORE



Azienda di Servizi alla Persona  ISTITUTI MILANESI MARTINI E STELLINE E PIO ALBERGO TRIVULZIO	MODULO Valutazione e gestione del dolore in RSA	
---	---	--

Reparto	SPAZIO PER ETICHETTA	MMSE:
Data		data:
Compilatore		

L'ospite ha riferito da solo il dolore? SI SI, quando interrogato NO

Sede del dolore:
Causa del dolore:
Terapia antidolorifica eventualmente in corso (farmaco e dosaggio)

Se SI, l'ospite sa indicare:

da quanto tempo è insorto:	<input type="checkbox"/> ore <input type="checkbox"/> giorni <input type="checkbox"/> settimane <input type="checkbox"/> mesi/anni <input type="checkbox"/> NA
caratteristiche:	<input type="checkbox"/> lancinante/trafittivo <input type="checkbox"/> urente <input type="checkbox"/> formicolio <input type="checkbox"/> diffuso <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> altro _____
tipo:	<input type="checkbox"/> costante/fisso <input type="checkbox"/> intermittente/colico <input type="checkbox"/> NA
fattori scatenanti:	
fattori di sollievo:	
intensità attuale:	<input type="checkbox"/> molto lieve <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> molto forte <input type="checkbox"/> NA Punteggio alla scala numerica-visiva:
intensità massima riferita:	<input type="checkbox"/> molto lieve <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> molto forte <input type="checkbox"/> NA Punteggio alla scala numerica-visiva:
limitazione nelle attività abituali:	(<input type="checkbox"/> confermata dal personale)
disturbi dell'umore/del sonno:	depressione: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO insonnia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (<input type="checkbox"/> confermata dal personale)

Se NO:

per quale motivo non è in grado di riferirlo:	<input type="checkbox"/> demenza <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> coma o stato vegetativo <input type="checkbox"/> altro:
chi ha segnalato il dolore:	<input type="checkbox"/> familiare <input type="checkbox"/> infermiere/operatore <input type="checkbox"/> altro:
che cosa ha fatto sospettare il dolore:	<input type="checkbox"/> respiro affannoso <input type="checkbox"/> lamenti, urla, pianto <input type="checkbox"/> espressione del volto <input type="checkbox"/> atteggiamento del corpo <input type="checkbox"/> stato confusionale <input type="checkbox"/> disturbi dell'umore/del sonno <input type="checkbox"/> limitazione nelle attività abituali <input type="checkbox"/> manifestazioni disautonomiche <input type="checkbox"/> altro _____

allegata PAINAD
NA= Non Applicabile

Trattamento prescritto:

Osservazione intermedia: intensità dolore (scala verbale scala numerica-visiva PAINAD)

data				
intensità dolore				
provvedimenti				

data				
intensità dolore				
provvedimenti				

Osservazione intermedia: effetti collaterali del trattamento

data		
effetti collaterali		
provvedimenti		

data		
effetti collaterali		
provvedimenti		

Valutazione conclusiva (data _____)

Il dolore è: <input type="checkbox"/> risolto <input type="checkbox"/> ridotto <input type="checkbox"/> invariato <input type="checkbox"/> aumentato	⇒	intensità: <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> molto lieve <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> molto forte <input type="checkbox"/> NA punteggio alla scala numerica-visiva: (<input type="checkbox"/> allegata PAINAD)
Altri effetti osservati sull'ospite (umore, confusione, atteggiamento del corpo, respiro, ripresa di attività, ecc):		
Provvedimenti:		

NA= Non Applicabile

RIFLESSIONI (esperienza in struttura geriatrica – RSA)

La **rilevazione** del dolore (attenzione del personale di assistenza) e la **misurazione** (con strumenti semplici di misurazione d'intensità) sono ormai capillarmente diffuse

Formale misurazione (con uso di strumento) vissuta talvolta più come “obbligo” piuttosto che miglioramento assistenziale

(osservazione: *“anche prima dell'introduzione di tutte queste procedure, quando il malato ci riferiva dolore veniva comunque adeguatamente trattato”*)

Nella persona anziana, possibile induzione a sostituirsi nel giudizio e/o cercare di interpretare il dolore riferito:

- talvolta è *“solo una richiesta di attenzione”*, ci sono delle *“personalità cronicamente lamentose”*, *“per capire bene – usare lo strumento di valutazione - ci vuole molto tempo”*

- inattendibilità: *“quando poi gli propongo la terapia, la rifiuta o la posticipa”*; *“se vado a parlargli poi si dimentica di avermi chiamato per il dolore”*

- Inapplicabilità di complesse “Schede dolore” se usate su larga scala (impossibili da gestire in ogni paziente che riferisce dolore, specie se non è “dolore cronico”)

- Necessaria formazione e sensibilizzazione “continua” alla tematica

- Utile coniugare l’intervento per il controllo del dolore all’introduzione della formazione in cure palliative

FAST – Functional Assessment Staging of Alzheimer’s Disease

(Reisberg B. Functional Assessment Staging. Psychopharmacology Bulletin, 1998)

Stadio	Abilità – Funzione
1	Nessuna difficoltà, sia soggettiva che oggettiva
2	Lamenta di dimenticare dove ha riposto oggetti. Percepisce difficoltà soggettive nel trovare le parole
3	Collegghi e collaboratori evidenziano la riduzione delle capacità di lavoro. Difficoltà nel raggiungere nuove località. Riduzione delle capacità di organizzazione <i>(NB: le informazioni vanno raccolte da un caregiver o conoscente)</i>
4	Riduzione della capacità di eseguire compiti complessi (come organizzare un pranzo con ospiti), di gestire le proprie finanze (si dimentica di pagare cambiali o bollette) e di fare acquisti
5	Richiede assistenza nella scelta degli abiti adatti al giorno, alla stagione, all’occasione
6 a	Difficoltà a indossare gli abiti correttamente senza assistenza
6 b	Non riesce a fare il bagno correttamente (es.: non riesce ad adattare la temperatura dell’acqua), occasionalmente o più frequentemente nelle ultime settimane
6 c	Non riesce a gestire i dispositivi del bagno (es. dimentica di far scorrere l’acqua del water, non pulisce adeguatamente, non dispone correttamente salviette e asciugamani), occasionalmente o più frequentemente nelle ultime settimane
6 d	Incontinenza urinaria, occasionale o più frequente
6 e	Incontinenza fecale (occasionalmente o più frequentemente nelle ultime settimane)

7 a	Capacità di esprimersi limitata a non più di una mezza dozzina di parole durante una giornata media o durante una intervista intensiva
7 b	Capacità di esprimersi limitata all'uso di una singola parola comprensibile durante una giornata media o durante una intervista intensiva (la persona ripete continuamente la stessa parola)
7 c	Perdita della capacità di camminare (non può camminare senza assistenza)
7 d	Perdita della capacità di restare seduto senza assistenza (ad esempio, la persona cade dalla sedia in assenza di supporti laterali)
7 e	Perdita della capacità di sorridere
7 f	Perdita della capacità di sostenere la testa autonomamente

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

Cummings JL, et al, Neurology, 1994.

Frequenza

0 = mai, 1 = raramente, 2 = talvolta,
3 = frequentemente, 4 = quasi costantemente

Gravità

1 = lievi (non producono disturbo al paziente).
2 = moderati (comportano disturbo per il paziente).
3 = severi (richiedono farmaci; molto disturbanti per il paziente)

Stress emotivo o psicologico

0 = Nessuno	1 = Minimo,
2 = Lieve	3 = Moderato,
4 = Severo	5 = Grave

	N.A.	Frequenza(a)	Gravità (b)	a x b	Distress
Deliri	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Allucinazioni	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Agitazione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Depressione/disfor ia	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Ansia	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Euforia/esaltazion e	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apatia/indifferenz a	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disinibizione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Irritabilità/labilità	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Attività motoria	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Sonno	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

