VALUTAZIONE **DEL DOLORE**
Sintomi e qualificazione, oltre i pregiudizi

> di GIAN CARLO GIULIANI* - LAURA PALAZZI**

ANCORA MOLTI SONO I PREGIUDIZI SUL DOLORE, SUL SUO TRATTAMENTO E SULL'OPPORTUNITÀ DI DOVERLO VALUTARE E QUANTIFICARE, SPECIE IN AMBITO GERIATRICO: LA LETTERATURA SCIENTIFICA È CONCORDE SUL COME SIANO PROPRIO LE PERSONE ANZIANE QUELLE CHE RICEVONO LE MINORI ATTENZIONI SU TALE SINTOMO, SOFFRENDO SPESSO INUTILMENTE. COME NOTO IL DOLORE È UN "SINTOMO SOGGETTIVO", FORSE L'UNICO AD ESSERE TALE, ED UNO DEI PIÙ FREQUENTI ERRORI FATTI IN FASE DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO È PROPRIO QUELLO DI INTERPRETARE IL DOLORE ALTRUI QUANTIFICANDOLO SULLA BASE DELLA PROPRIA ESPERIENZA.

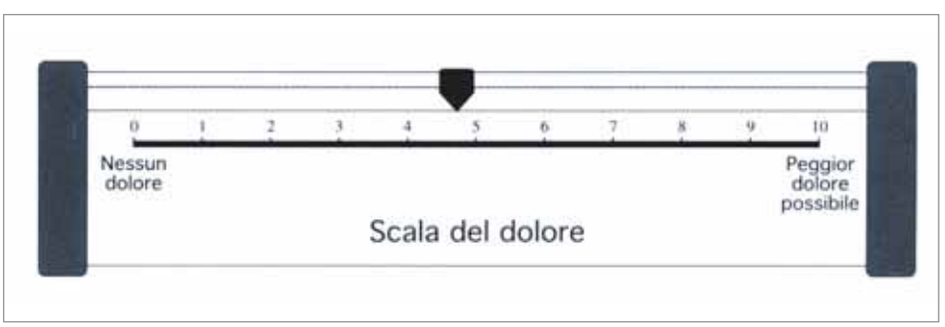
RITORNANDO al dolore nell'anziano, mai come in questa categoria di soggetti risulta particolarmente valida l'osservazione di Cicely Saunders di come il dolore (specie quello oncologico) sia in realtà costituito da più componenti (sorgente somatica, ansia, depressione, personalità del paziente, ambiente, famiglia, équipe curante, ecc.), risultando simile ad una ameba, che può, con il tempo, modificare qualità e quantità delle proprie componenti: è questo il concetto di "dolore totale".
Nell'ambito di un corretto (e sempre auspicabile) assessment globale e nella sempre più frequente visione "olistica" del paziente geriatrico, assume notevole rilevanza la valutazione, quali e quantitativa, del dolore, ai fini di un migliore approccio terapeutico, valutando sia la componente fisica, sia il *distress* emotivo sia *l'impairment* funzionale.
La valutazione del dolore comporta criteri qualitativi e criteri quantitativi, tenendo conto come siano condizioni di comune riscontro nel paziente anziano con dolore: la difficoltà a raccontare il proprio dolore, la presenza di deficit cognitivi e/o sensoriali, la presenza di depressione dell'umore, spesso in grado di alterare percezione, vissuto e descrizione del dolore, la presenza di polipatologia e di politerapia, la presenza di retaggi culturali: spesso il dolore viene interpretato come sintomo fisiologico dell'invecchiamento o come sintomo da nascondere e\o non curabile, oppure come mezzo per attirare l'attenzione o come elemento predittivo della perdita di autonomia e, in generale, di mortalità, la presenza di iperalgesia (risposta dolorosa incrementata e sproporzionata verso stimoli di solito dolorosi) e\o di allodinia (risposta dolorosa conseguente a stimoli di solito non dolorosi).

D'altro canto la persistenza del dolore nell'anziano può risultare tale da determinare una nuova malattia (il dolore cronico), che può a sua volta determinare: depressione ed ansia, insonnia, disturbi della marcia, scarsa socializzazione, minore capacità di ripresa dalla malattia acuta, riabilitazione più lenta, eventi avversi da farmaci mal assunti e\o eventi avversi in generale (cadute, lesioni da pressione ecc.).

DOLORE CRONICO
In Italia è un cittadino su quattro a soffrirne, il che significa circa 15 milioni di persone. In media, i sofferenti vivono con un dolore cronico per 7,7 anni e quasi un quinto dei soggetti sofferenti vive con il dolore per oltre 20 anni. Tale patologia è un problema molto diffuso anche tra gli anziani, soprattutto tra quelli istituzionalizzati, avendo alcuni studi rilevato come nelle strutture assistenziali la prevalenza del dolore supera l'80% mentre al domicilio tra il 25 ed il 50% dei pazienti cognitivamente integri proverebbero dolore. La valutazione del dolore è uno degli aspetti più delicati; deve basarsi su due attori principali: il paziente che riferisce ed il medico, l'infermiere, il familiare che ascolta ed interviene.

L'anamnesi deve essere soggettiva e servire da riferimento, oltre a misurare il dolore attuale, valutare il ricordo del passato e l'ansia dell'atteso. La raccolta di informazioni oltre che sull'uso delle scale, deve fondarsi sul colloquio approfondito.

Anche la valutazione del dolore in ambito geriatrico deve essere multidimensionale, ovvero dovrà considerare gli aspetti fisiologici, psicologici, sociali, funzionali, comportamentali, cognitivi ed anche economici. Personali osservazioni, recentemente pubblicate [*GC Giuliani, L Palazzi, A Grasso Med. Contemp 29(1): 5-15, 2012)*] avrebbero evidenziato come i pazienti con algie trattate farmacologicamente presentino peculiarità psico-fisiche e di autonomia differenti rispetto a quelli senza dolore, quasi a definire una nuova sindrome che colpisce i pazienti trattati farmacologicamente, quella del "dolore cronico". In particolare i pazienti con dolore trattato hanno presentato (rispetto ai non trattati) età inferiore, prevalenza femminile, maggior durata del ricovero e maggior mortalità, maggior incidenza di neoplasie, un maggior numero di patologie e di depressione dell'umore, abitando prevalentemente da soli, risultando meno dotati di caregivers coinvolti, ed apparendo meno deteriorati sul piano cognitivo. All'ingresso gli stessi presentano un minore rischio per LDD ma sono in grado di migliorarlo meno significativamente, sono meno autonomi nelle ADL ma sono in grado di recuperare maggiormente, presentano un punteggio peggiore alla CIRS e lo migliorano meno, presentano minori percentuali di recupero all'autosufficienza, non presentano differenze nella percentuale di lesioni da pressione all'ingresso e nella disfagia ma una maggiore incidenza di nuove lesioni e di cadute nel corso della degenza. Meno cateterizzati rispetto a quelli non trattati per dolore, i pazienti con dolore trattato impiegano però più tempo nel vedere risolta la cateterizzazione stessa. Sul piano laboratoristico si segnalano minore tasso di emoglobina ed uguale percentuale di linfociti. Relativamente alle patologie dolorose trattate, sarebbero quelle ortopediche ed osteoartrosiche e non quelle oncologiche ad essere le più coinvolte, utilizzando anch'esse farmaci classificabili come oppioidi e non i FANS.



VALUTAZIONE QUALITATIVA

Il dolore è variamente classificabile, tanto che alcuni autori hanno proposto l'acronimo "PQRST" per definire tutti i parametri con i quali dovrebbe essere, in ogni caso di sua presenza, descritto e classificato. In particolare si tratta di:

P (Palliative - Provocative): individuare ed indicare quali siano i fattori che determinino una variazione del sintomo.

Q (Quality): cioè quali caratteristiche sensoriali possieda, compreso tra:

- dolore nocicettivo (a sua volta suddiviso in somatico e viscerale);
- dolore neuropatico, frequentemente riferito come urente accompagnato da sensazioni anomale del tipo scosse elettriche;
- dolore oncologico: è quello presente nei pazienti con tumori;
- dolore non oncologico: questa tipologia di dolore comprende tutte quelle patologie degenerative che determinano un dolore persistente di origine non tumorale;
- allodinia: dolore scatenato da uno stimolo generalmente doloroso;
- iperalgesia: risposta esagerata da uno stimolo normalmente doloroso;
- disestesia: qualsiasi sensazione anomala spiacevole (es: prurito, formicolio, bruciore ecc.);
- dolore misto: dolore che riconosce più di un meccanismo fisiopatologico;
- dolore fantasma: è un tipico dolore neuropatico, percepito in una parte del corpo non più presente o non più funzionante;
- dolore psicosomatico: nel dolore psicosomatico, al dolore fisico si accompagna sempre una importante componente emotiva che molto spesso ne moltiplica gli effetti fino a renderlo insopportabile o, al contrario, riesce ad attutirlo fino a cancellarlo;
- dolore idiopatico: è il dolore del quale non si riesce ad individuarne una causa apparente.

R (Radiation): la zona di irradiazione, che può, nel caso del dolore neuropatico, seguire il percorso di un nervo (*dolore irradiato*), oppure essere un dolore viscerale riferito ad un'area cutanea (*dolore riferito*).

S (Severity): indica l'intensità e la gravità del dolore.

T (Time): indica la durata e le variazioni nel tempo e a tal riguardo si riconoscono:

- dolore acuto: "dolore nocicettivo di breve durata, in cui è solitamente evidente il rapporto causa effetto (dolore post-operatorio, colica viscerale, dolore traumatico). Il dolore acuto può avere una funzione di protezione e difesa da aggressioni esterne". Il dolore acuto è generalmente associato ad attivazione del sistema simpatico, oltre che ad ansia ed irrequietezza. Il paziente segnala vivacemente il dolore e la sua sede, ricevendo generalmente beneficio dalla terapia che intraprende;
- dolore cronico: "si definisce dolore cronico un dolore che persiste per più di tre mesi" (definizione cronologica) oppure "si definisce dolore cronico un dolore che si protrae oltre il periodo in cui è prevista la guarigione della patologia che ne è causa" (definizione non cronologica). Le caratteristiche del dolore cronico sono opposte a quelle del dolore acuto: è associato a risposte parasimpatiche, continua dopo la terapia che il paziente assume, il paziente appare depresso, poco motivato a parlare del suo dolore;
- dolore persistente: "dolore dovuto alla permanenza di uno stimolo nocicettivo, definito anche "*ongoing acute pain*". Conserva le caratteristiche del dolore acuto che però persistono nel tempo". Rappresenta un quadro intermedio, non frequentemente individuato e considerato, tra dolore acuto e dolore cronico;

TAB. 1 > LA CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE BASATA SULLA QUALITÀ

Categoria	Caratteristiche	Esempi	Risposta agli oppioidi
Nocicettivo Somatico	Sordo, urente, pulsante, lacerante. Ben localizzato.	Dolore osseo. Dolore da incisione. Dolore miofasciale e muscolo scheletrico.	Eccellente
Nocicettivo Viscerale	Origina da noxa a organi innervati dal sistema simpatico. Causato da infiltrazione, compressione, distensione o stiramento di organi toracici\addominali. Poco localizzato, profondo, "che tira", comprimente o pressorio. Quando acuto può essere di tipo colico e associato a sintomi legai a stimolazione del sistema autonomo (nausea, vomito, sudorazione, tachicardia). Spesso riferito a siti cutanei lontani dalla lesione (ad esempio dolore alla spalla di origine epatica).	Occlusione intestinale. Stiramento della capsula epatica. Invasione neoplastica delle superfici parietali. Perforazione di un organo cavo.	Buona
Neuropatico	Risulta da noxa al sistema nervoso periferico e\o centrale, per compressione neoplastica, o infiltrazione, o danno da chirurgia, radioterapia o chemioterapia. Dolore bruciante superficiale, pungente, talvolta con sovrapposizione di dolore lancinante, a scossa elettrica. Spesso associato ad alterazioni sensoriali. Potrebbe essere associato ad atrofia muscolare, modifiche nel sistema autonomi ed alterazioni trofiche della cute.	Plessopatia brachiale\lombo-sacrale. Nevralgia post-erpetica. Neuropatia da farmaci. Neuropatia diabetica.	Potrebbe essere inadeguata

> Fonte: A. Waller – N.L. Caroline "Manuale di Cure Palliative nel cancro" CIS Editore – Milano 2003

• episodi di dolore acuto (Breakthrough Pain-BP) o dolore episodico intenso (DEI): definiti come "una esacerbazione transitoria del dolore che si verifica in pazienti con dolore di base altrimenti stabile";
• dolore intrattabile: è quello definibile non responsivo a nessuna terapia e che caratterizza le patologie in fase terminale.

Particolarmente importante risulta, specie per i risvolti terapeutici che essa assume, la classificazione del dolore basata sulla sua qualità.
Un ulteriore aiuto mnemonico ci viene offerto dall'acronimo "bodies", che ci ricorda le cose da non trascurare nella valutazione del dolore nell'anziano con deterioramento cognitivo, ove il dolore si manifesta soprattutto o solo con sintomi vocali, posturali, motori e mimici, necessitando per tali motivi una maggiore frequenza di osservazione. Tale aiuto mnemonico è composto da:
B (Behaviour), vale a dire i cambiamenti comportamentali;
O (Often), vale a dire quante volte o quanto spesso;
D (Duration), vale a dire quanto dura;
I (Intensity), vale a dire quanto è intenso;
E (Effectiveness), vale a dire l'efficacia del trattamento;
S (Star-Stop), vale a dire la postura o l'azione che innesca o fa cessare il dolore.

Vautazione quantitativa del dolore: anziani con deterioramento cognitivo assente, lieve-moderato

La valutazione clinica del dolore risulta fondamentale sia per decidere l'approccio diagnostico che per definire quello terapeutico. A tal fine vengono utilizzate delle Scale di Valutazione, generalmente classificabili in: Scale di Intensità, Scale di Sollievo e Questionari Multidimensionali. La concordanza tra l'espressione verbale e la classificazione che si attribuisce mediante le scale di valutazione standard, declina in modo evidente in funzione dell'età; i limiti sono ancora più evidenti nel paziente demente.

SCALE DI INTENSITÀ

Le Scale di Intensità si basano su valutazioni analogico visive, su scale numeriche o su scale verbali.

Scale di Intensità visive

La più conosciuta è la "Scala VAS", che si presenta sotto forma di una linea retta di 10 cm compresa tra 2 estremi (assenza di dolore e massimo dolore). Il paziente dovrà individuare su tale retta la zona cui corrisponde il proprio dolore. Analogo il significato della "Scala dei Grigi". La Scala VAS ha il vantaggio della semplicità (linea orizzontale con due estremi, dal non dolore al massimo dolore), è indipendente dal linguaggio e viene facilmente compreso dalla maggior parte dei pazienti, può essere facilmente ripetuta risultando particolarmente utile per monitorare il decorso acuto. Fanno parte di queste Scale Analogiche Visive quelle che utilizzano dei colori (esempio il rosso).
Alcune categorie di pazienti, tra cui i bambini e gli anziani, potrebbero non comprendere molto bene questo tipo di valutazione e per loro può essere indicata la "***Scala di Valutazione a faccine***" di Wong-Baker, scala di valutazione verbale con disegni molto semplici di espressioni facciali che descrivono differenti stati emotivi ricollegabili alla percezione del dolore.

Scale di Valutazione Numerica

La più conosciuta è la "Scala NRS", composta da una gradazione da 0 a 10, con intensità proporzionata all'entità del dolore. Il paziente dovrà indicare il numero cui corrisponde il proprio dolore. Un dolore compreso tra 0 e 4 è considerato un dolore lieve, tra 5 e 6 è considerato moderato e tra 7 e 10 è considerato severo, mentre il valore 5 è considerato come valore soglia indicativo per modificare la terapia in corso. Nonostante il tentativo di maggiore precisione rispetto alle altre Scale, la NRS risulterebbe teoricamente meno precisa della VAS. Altre Scale presentano dei range diversamente variabili (es: da 0 a 3 e da 0 a 100).

Scale Verbali

Utilizzabili per quei pazienti che non sono in grado di utilizzare le altre 2 Scale. In tal caso si tratta di individuare la frase che più si addice al proprio dolore. Ad esempio la *Scala VRS*, scala verbale a 6 livelli, tratta dall'SF-36, permette di individuare il proprio dolore all'interno di 6 livelli: nessuno, molto lieve, lieve, moderato, forte e molto forte. Altre Scale valutano 4 Items (assente, lieve, forte, fortissimo) mentre altre ne utilizzano 5 (nessuno, leggero, medio, forte ed insopportabile).

Scale di Sollievo

Le Scale di Sollievo sono Scale graduate, da 0 a 100 o simili a quelle precedentemente segnalate, e vengono utilizzate per la valutazione dell'efficacia della terapia, ma solo nei primi periodi, in quanto alla lunga risulterebbero influenzabili da altri fattori associati al dolore, tipo la depressione.

Questionari MultiDimensionali

Essendo il dolore un'esperienza soggettiva e multidimensionale, può risultare particolarmente utile valutarlo tramite Questionari a più dimensioni, riconducibili a livello cognitivo, affettivo, interferenza con le attività di vita quotidiana ecc. Tra i più conosciuti segnaliamo: il McGill Pain Questionnaire (MPQ), il Brief Pain Inventory (BPI) e la Memorial Pain Assessment Card (MPAC).

Valutazione quantitativa nell'anziano con deterioramento cognitivo grave

Quale dei test prima descritti può essere utilizzato con i pazienti anziani affetti da deterioramento cognitivo? Probabilmente, a parte la "Scala delle faccine", nessuno, in quanto in tali pazienti insorgono importanti problematiche di somministrazione. "*Nei pazienti con decadimento cognitivo la valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'osservazione degli operatori: spesso un'agitazione improvvisa o un comportamento insolito possono rappresentare la modalità con cui il paziente cerca di comunicare la propria sofferenza. Rimane estremamente difficile in questi pazienti misurare l'intensità del dolore, dolore che provoca frequentemente "confusione" associata ad apatia o a disturbi comportamentali di tipo positivo, come agitazione, deliri, allucinazioni, insonnia. In queste condizioni, è difficile avere la collaborazione del paziente e ottenere delle risposte utili, anche usufruendo delle scale proposte in letteratura che sfruttano le capacità percettive dei pazienti*". (Ermellina Zanetti - AIOCC).

FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE

Il dolore è un'esperienza e di conse-

guenza la valutazione del dolore di un paziente dipende dalla sua espressa comunicazione sia verbale che comportamentale. Un aspetto particolare è pertanto rappresentato dal paziente demente: cosa vuol dire dolore in chi non ne ha una memoria passata e come lo esprime? Nonostante demenza e dolore cronico siano molto frequenti in età geriatrica, non si hanno dati sufficienti in letteratura sulla prevalenza, definizione e management del dolore nei dementi. Ci si può chiedere: il dolore percepito dal soggetto demente è uguale a quello percepito da anziani senza demenza? La demenza comporta danni biologici che causano alterazioni a livello dei centri del dolore? Il dolore viene percepito diversamente nel paziente anziano demente? Come valutare il dolore nel paziente demente?

Varie ricerche hanno evidenziato che negli anziani le aree somatico-sensitive sono preservate per cui non vi dovrebbero essere difficoltà a percepire stimoli acuti dolorosi, ma la degenerazione a livello di altre strutture encefaliche (come quelle coinvolte nell'Alzheimer), compromette il funzionamento cognitivo-emotivo. Inoltre la difficoltà nel ricordare e riferire rende difficile la comunicazione del dolore nel soggetto demente. Tuttavia il dolore nei pazienti dementi è sottostimato soprattutto perché non riferito. Infatti studi rivelano che più è alto il decadimento cognitivo, minore è la prevalenza del dolore. Questo può dipendere anche dal fatto che le aree cerebrali coinvolte nella componente affettiva del dolore sono spesso colpite nelle demenze.

Poiché il dolore nei pazienti con demenza è sottostimato, proprio con loro nella clinica è necessario porre una maggior attenzione per fare una corretta diagnosi. Il dolore è un'esperienza, e quindi la sua valutazione dipende dalla espressa comunicazione sia verbale che comportamentale del soggetto.

La principale difficoltà che si incontra è data dal deficit di espressione verbale e della caduta della capacità di comunicare e di avere a disposizione le parole per dirlo. Pertanto nella valutazione del dolore in questi pazienti è necessario sostituire tale modalità espressiva con altre altrettanto significative: ad esempio la

presenza di un familiare attento può essere indispensabile per registrare tutte le manifestazioni che siano potenziali indicatori di dolore fisico, indicatori non verbali quali possono essere l'espressione del volto, atteggiamento motori generali. Il dolore va inteso come espressione del disagio della persona, ovvero come campanello d'allarme. Pertanto con pazienti non più in grado di comunicare con le parole, il dolore non è più un "sintomo", cioè una manifestazione avvertita soggettivamente, ma diviene un "segno". Nel soggetto anziano, inoltre, il dolore assume caratteristiche particolari, riconducibili a:

• si assiste ad un (proporzionato con gli anni) incremento della soglia del dolore, con il risultato che patologie acute sono accompagnate da minore intensità del dolore acuto, mentre, nella fascia di età più avanzata, il dolore cronico risulta molto più rappresentato;

• l'anziano può interpretare il dolore come sintomo dell'invecchiamento od evitare di segnalarlo per paura di terapie od altri provvedimenti;

• il dolore può manifestarsi sotto forma di altri sintomi (astenia, confusione, ecc.).

RUOLO DEGLI "EVENTI AVVERSI"

Accanto al dolore inteso in senso "classico", nell'anziano è necessario prendere in considerazione quelle situazioni che possono causare una "sensazione dolorosa", di per sé sufficiente ad aggravare lo stesso dolore presente per patologie organiche. Si tratta di condizioni riconducibili agli "eventi avversi", dei quali tipici esempi in ambito geriatrico sono: la presenza del catetere vescicale, dell'inattività fisica e delle lesioni da decubito.

"*Tali considerazioni sottolineano come, in ambito geriatrico, la nostra attenzione relativamente al sintomo dolore ed al suo trattamento, debba, ancora una volta rivolgersi non solo alla patologia di base ma alla sua comorbilità e, soprattutto, agli aspetti funzionali ed agli eventi avversi presentati dai Pazienti*". (Giuliani - Palazzi)

SCALE DI VALUTAZIONE UTILIZZATE

Distinguiamo innanzitutto le Scale utilizzabili nei pazienti dementi non terminali e quelle utilizzabili nei pazienti con demenza terminale.

DOLORE IN PAZIENTI DEMENTI NON TERMINALI

Scala NOPPAIN

Tra gli strumenti di valutazione più utilizzati possiamo considerare la NOPPAIN (Non-comunicative Patient's Pain Assessment Instrument), che guida gli operatori ad osservare durante le attività di assistenza diretta i comportamenti che suggeriscono dolore. Per definire tale valutazione l'operatore deve effettuare almeno 5 minuti di assistenza quotidiana, osservando i comportamenti. In particolare si tratta di: mettere a letto il paziente od osservarlo mentre si corica, variare la postura, effettuare od aiutare i passaggi posturali (letto-

sedia; sedia-wc; sedia-in piedi, ecc), mettere seduto l'ospite oppure osservare l'ospite che si siede, vestire l'ospite, alimentare l'ospite, aiutare l'ospite a stare in piedi oppure osservare l'ospite mentre è in piedi, aiutare l'ospite a camminare oppure osservare l'ospite che cammina, fare il bagno all'ospite oppure fare una spugnatura al letto.

Si valutano inoltre le risposte alle seguenti domande (agli operatori): hai svolto queste attività? Hai rilevato dolore mentre le svolgevi? Nonché alle domande rivolte al paziente: sente dolore? Le faccio male? Vengono inoltre rilevate le parole (o i versi) che esprimono dolore, l'irrequietezza, lo sfregamento o il massaggio di una parte dolente, l'espressione del volto, lo stringere una parte dolente ecc., senza dimenticare di riportare su appositi schemi corporei la presenza di dolore e\o lesioni.

Scala PAINAD

Rileva la presenza di dolore valutando 5 aree comportamentali ad esso collegate, ovvero: respirazione, vocalizzazione, espressioni del volto, linguaggio del corpo e consolazione. A ciascuno di questi comportamenti è attribuito un punteggio basato sull'osservazione del paziente, utilizzando una scala che va da 0 a 2. L'attribuzione del punteggio si basa sulla corrispondenza tra il comportamento del paziente e le descrizioni fornite per ciascun livello dei 5 item. Il punteggio totale così ottenuto può essere interpretato secondo la stessa modalità applicabile per la scala numerica, ovvero un valore 1-3 è considerato indice di dolore lieve, 4–7 dolore moderato, 8-10 dolore grave.

Scala ABBEY

La scala Abbey consente di valutare l'intensità della sintomatologia dolorosa nella popolazione geriatrica affetta da decadimento cognitivo di grado avanzato, analizzando sei indicatori biocomportamentali. La verbalizzazione (piangere, gemere, frignare) è indicata con un punteggio di 0 (assente), 1 (lieve), 2 (moderato), 3 (grave). L'espressione facciale (sguardo teso, sguardo impaurito, smorfie) è definita con 0 (assente), 1 (lieve), 2 (moderato), 3 (grave). Il cambiamento del linguaggio corporeo (irrequietezza, tremore, posizione di difesa, l'accovacciarsi) è correlato con un punteggio di 0 (assente), 1 (lieve), 2 (moderato), 3 (grave). Il cambiamento del comportamento (aumento della confusione, rifiuto del cibo, alterazioni degli schemi abituali) è espresso con 0 (assente), 1 (lieve), 2 (moderato), 3 (grave). Il cambiamento fisiologico (alterazioni di temperatura, polso o pressione arteriosa elevati, sudorazione, rossore o pallore) è valutato 0 (assente), 1 (lieve), 2 (moderato), 3 (grave). Il cambiamento fisico (lacerazioni della pelle, lesioni da decubito, artrite, contratture, ferite precedenti) è giudicato con 0 (assente), 1 (lieve), 2 (moderato), 3 (grave). In base alle risposte ottenute, l'intensità di dolore varia in un range che oscilla da 0 (assenza di dolore) a 18 (dolore grave). L'intensità di dolore è associata al punteggio finale ottenuto e risulta: 0-2 (dolore assente), 3-7 (dolore lieve), 8-13 (dolore moderato), 14-18 (dolore grave). Infine viene chiesto al compilatore di segnalare il tipo di dolore tra le seguenti opzioni: cronico, acuto e subacuto. L'impostazione della scala Abbey si basa sulle linee guida dell'American Geriatrics Society ed è stata costruita da esperti australiani e statunitensi.

DOLORE IN PAZIENTI CON DEMENZA TERMINALE

Il dolore è una fonte importante e frequente di sofferenza anche nelle fasi più avanzate della demenza. In queste fasi di malattia, si crea spesso una condizione

di sofferenza o meglio di "discomfort", che può essere definito come qualunque comportamento che indichi uno stato emotivo e/o fisico negativo identificabile da un osservatore esperto di demenza anche senza avere familiarità con il profilo comportamentale del malato. Anche nella demenza terminale il paziente rimane in grado di esprimere il proprio disagio fisico e psicologico mediante la comunicazione non verbale.

Scala Doloplus-2

Tale Scala valuta 10 Item raggruppati in 3 aree: Area ripercussioni somatiche (lamentele, posizioni anatomiche, protezione di zone dolenti, mimica e sonno) - Area ripercussioni psicomotorie (modifiche nell'igiene e\o nel vestirsi) - Area ripercussioni psico-sociali (comunicazione, vita sociale e comportamento). Punteggi uguali o superiori a 5 indicano la presenza di dolore, punteggi inferiori a 5 indicano l'assenza di dolore. Se sono stati rilevati punteggi uguali o superiori a 5 è necessario interpretare i dati per avere maggiori informazioni sulle caratteristiche del dolore. Punteggi uguali o superiori a 5 indicano la presenza di dolore, punteggi inferiori a 5 indicano l'assenza di dolore. Se sono stati rilevati punteggi uguali o superiori a 5 è necessario interpretare i dati per avere maggiori informazioni sulle caratteristiche del dolore

Scala Discomfort (DS-DAT)

La scala di valutazione Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Tipe (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).

Scala Behavorial measurement

Ed ancora la Behavioral Measurement che valuta: 1) posizione corporea: irrigidimento, riduzione dei movimenti, isolamento, rifiuto del cibo; 2) mimica facciale: smorfie, fronte corrugata occhi serrati, espressione spaventata; 3) variazione ciclo sonno-veglia; 4) comunicazione verbale: urla, lamenti, sospiriparametri vitali: frequenza cardiaca, pressione arteriosa, temperatura corporea.

Scala MINI-Suffering state examination (MSSE)

Nella demenza terminale il dolore ed altre forme di discomfort fisico e psicologico sono spesso sottostimate e misconosciute, soprattutto perché si tratta di pazienti non verbali. Anche in questi pazienti vale il principio che dalla qualità della diagnosi dipende l'appropriatezza della "care", e del supporto alla famiglia, il tutto finalizzato al raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per pazienti e famiglie.

*** Medico Specialista in Medicina Interna Responsabile Reparto Medicina LungoDegenza Casa di Cura "Villa Iris" Pianezza (TO) - Consulente RSA**

**** Medico Specialista in Geriatria - Dirigente Medico Reparto Medicina LungoDegenza Casa di Cura "Villa Iris" - Pianezza (TO) - Consulente RSA**