

DIGNITÀ DELLA PERSONA

Evitare il dolore inutile nelle strutture
socio-sanitarie accreditate per anziani e disabili

di M.PANDINI – L. PAGANINI – T. TARRONI

SERVIZIO PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E DELLE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA
DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
IN SINERGIA CON IL COMITATO REGIONALE PER LA LOTTA AL DOLORE

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE
NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI
PER ANZIANI E DISABILI

Elementi di specificità:

Caratteristiche dell'utenza

Contesti di rilevazione

Gestione dell'assistenza

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI PER ANZIANI E DISABILI

Specificità nella rilevazione:

Perché spesso si tratta di un dolore multifocale, multifattoriale e con manifestazioni atipiche.

Caratteristiche dell'utenza:

Perché vi può essere incapacità nel sapere identificare e comunicare il proprio dolore da parte di coloro che hanno un problema di comunicazione o un problema cognitivo.

BMJ Recent developments in pain in dementia

Erik Scherder, Joukje Oosterman, Dick Swaab, Keela Herr, Marcel Ooms, Miel Ribbe, Joseph Sergeant, Gisele Pickering and Fabrizio Benedetti

BMJ 2005;330:461-464
doi:10.1136/bmj.330.7489.461

I pazienti con demenza possono esprimere il loro dolore in modi che sono piuttosto diversi da quelli di persone anziane senza demenza, in particolare nelle fasi più avanzate di malattia.

La complessità e l'inadeguatezza dei sistemi di rilevazione del dolore porta inevitabilmente all'undertreatment del dolore stesso.

REVIEW

Autisme et douleur – analyse bibliographique

Amandine Dubois PhD, Cécile Rattaz PhD, René Pry Pr, Amaria Baghdadli Pr

Le differenze di risposta al dolore di questi soggetti possono fare sotto o sovra stimare il dolore.

E' quindi molto importante la conoscenza del paziente.

Understanding Pain in Patients With Intellectual Disabilities

Marilyn Masterson, BA, BSN, MSN, RN, PhD
Am Nurs Today. 2011;6(10)

Le persone con disabilità intellettiva possono manifestare
il dolore con modalità atipiche

**Role of medical conditions in the
exacerbation of self-injurious behavior: an
exploratory study.**

Bosch J, et al. Ment Retard 1997;35(2):124-30

Autolesionismo o aggressività possono essere modalità
di espressione del dolore.



**RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA CLINICA:
VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE
INCAPACE DI AUTO-VALUTAZIONE**

BAMBINI	NEONATI/FASE PRE-VERBALE
INCOSCIENTI	PAZIENTI CRITICI
DEMENTI	DISABILITA' INTELLETTUALI (ID)
FINE VITA	

SINTOMO

Disturbo soggettivo di varia natura, vissuto dal paziente ed espresso talvolta come lamentela, al quale può corrispondere o no un segno rilevabile obiettivamente.

SEGNO

Alterazione emotiva, cognitiva o comportamentale rilevabile obiettivamente mediante l'esame clinico o strumentale e al quale può corrispondere o no un disagio soggettivo.

L'osservazione del paziente deve focalizzarsi sui seguenti indicatori comportamentali:

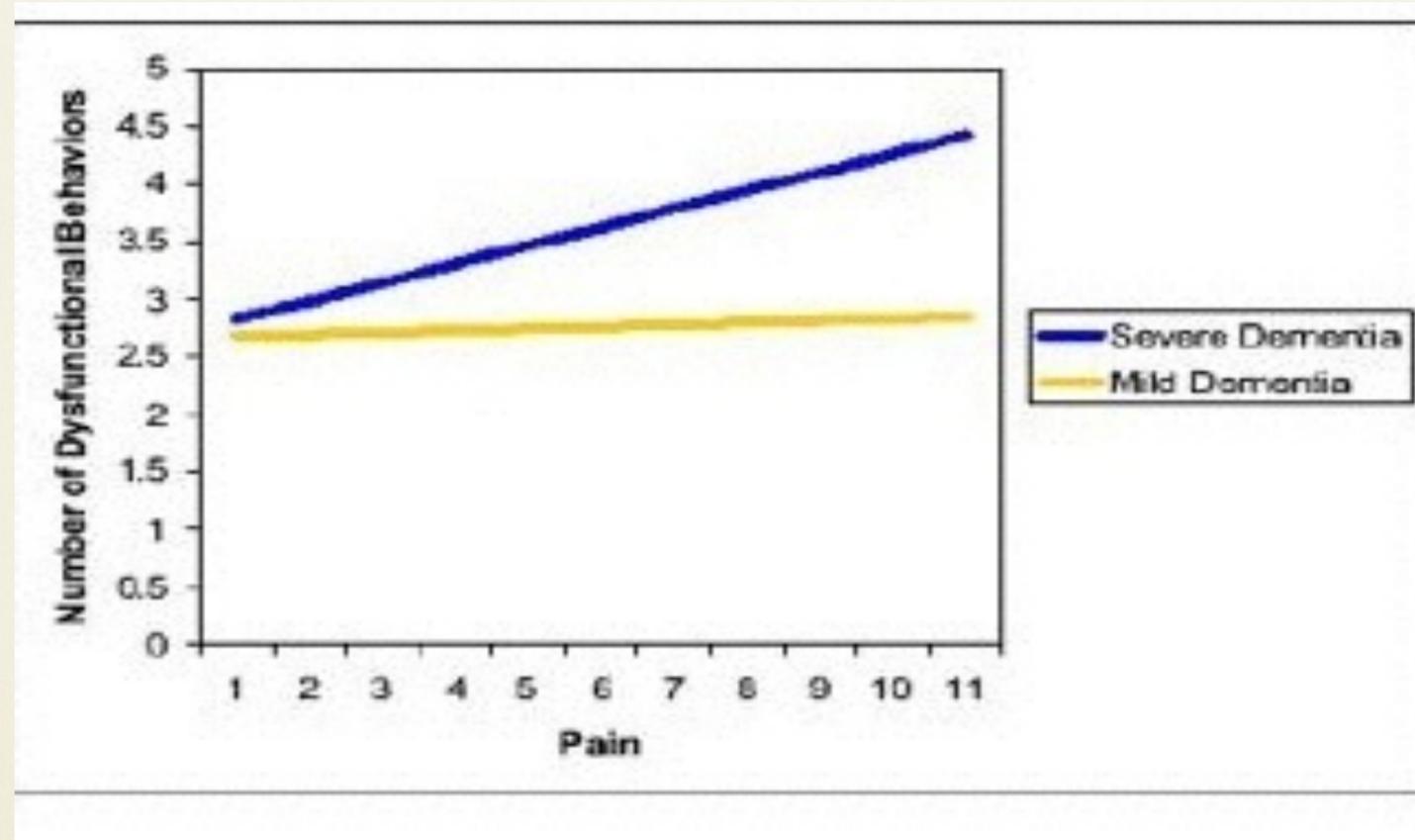
- Espressioni facciali che esprimono disagio, sofferenza, paura.
- Verbalizzazione, in particolare lamento, pianto, urlo.
- Movimenti corporei finalizzati all'assunzione di posizioni antalgiche o alla protezione di parti del corpo
- Modificazioni delle relazioni interpersonali
- Modificazioni delle abituali attività
- Modificazioni dello stato mentale

“Quando il soggetto non è più in grado di comunicare il dolore da sintomo (ri -) diventa segno”

TRABUCCHI 2004

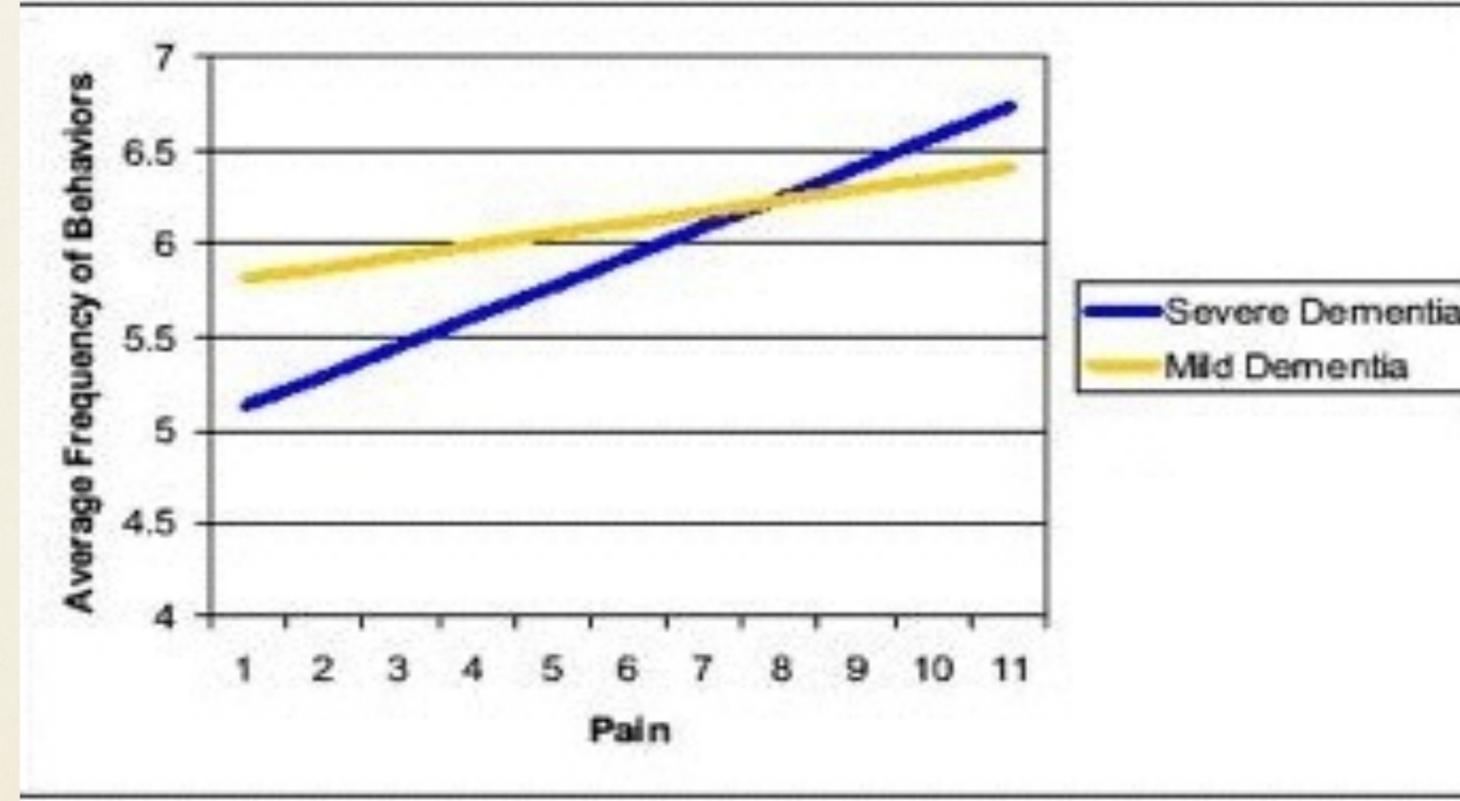
L'operatore deve pertanto sapere recepire e rilevare il dolore tramite il linguaggio “non verbale” del corpo attraverso:

- **Osservazione**
- **Ascolto**



J Am Med Dir Assoc
2006; 7: 355-365

Grafico che considerando 2 gruppi di persone affette da disturbi cognitivi **SEVERI** e **MEDI** dimostra che con l'incrementare dell'intensità del dolore, solo nella popolazione con severi disturbi cognitivi aumenta il numero dei disturbi del comportamento.



J Am Med Dir Assoc
2006; 7: 355-365

Grafico che considerando 2 gruppi di persone affette da disturbi cognitivi **SEVERI** e **MEDI** dimostra che con l'incrementare dell'intensità del dolore nella totalità della popolazione aumenta la frequenza di episodi con disturbi del comportamento.

La comparsa di

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

deve essere attentamente

valorizzata e interpretata

QUALE EQUIVALENTE

di una **SENSAZIONE DOLOROSA**

in termini di discomfort avvertito dal paziente

LE 5 FASI DELLA VALUTAZIONE NEL DOLORE NEL PAZIENTE INCAPACE DI COMUNICARE SENSAZIONI PROPRIE

OTTENERE INFORMAZIONI DAL PAZIENTE

RICERCARE POTENZIALI CAUSE DEL DOLORE

OSSERVARE IL COMPORTAMENTO DEL PAZIENTE

SEGNALAZIONI DAI FAMILIARI

INTERVENTO ANALGESICO

Una visione supplementare di misurazione dell'esperienza dolorosa del pz potrebbe emergere dalla misurazione delle variazioni delle risposte autonome agli stimoli dolorosi **(PA; FC)**.

Solo dolore ad alta intensità ha provocato nelle due popolazioni esaminate (AD vs popolazione) un significativo incremento della **PA**s.

In contrapposizione, bassi livelli di stimolazione dolorosa hanno indotto piccoli incrementi della FC solo nei pz con AD. Questo suggerirebbe che l'AD hanno una soglia più alta di attivazione autonoma.

Rainero et al. Eur J Pain 2000

Le risposte autonome in pz non-comunicativi indicano un alto livello di dolore e le risposte più basse non riflettono l'assenza di dolore.

COME VALUTARE IL DOLORE NELLE PERSONE ACCOLTE NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

**Fino a quando le capacità di
comunicazione verbale
sono conservate le scale di
autovalutazione sono da preferire**

LE SCALE AUTOVALUTATIVE

- **VAS (Visual Analogue Scale)**  Scala Analogico Visiva
- **VDS (Verbal Descriptor Scale)**  Scala descrittiva semplice
- **NRS (Numeric Pain Intensity Scale)**  Scala numerica da 1 a 10 dell'intensità del dolore
- **PRS (Happy Face Pain Rating Scale)**  Scala a faccine ad uso prevalentemente pediatrico

VAS (Visual Analogue Scale)

No dolore



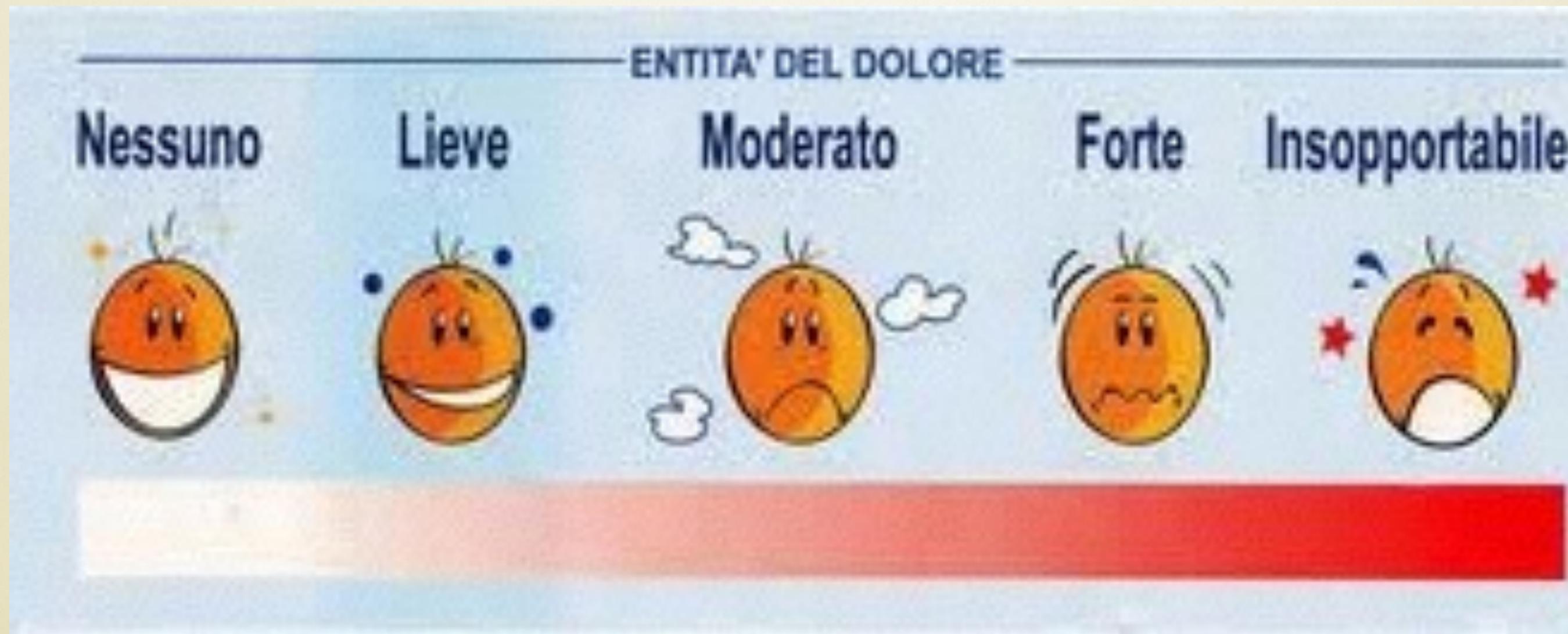
Il Peggior
dolore possibile

VDS (Verbal Descriptor Scale)



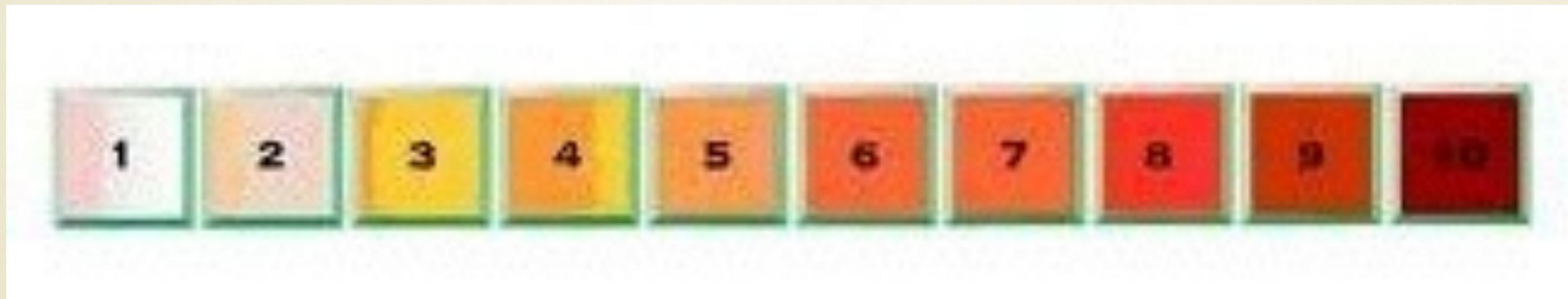
La "categorical pain scale" descrive quattro categorie di dolore. Si chiede al paziente di selezionare la categoria che meglio descrive il suo dolore.

PRS (Happy Face Pain Rating Scale)



NRS

(Numeric Pain Intensity Scale)



Scala unidimensionale, consente una valutazione quantitativa dell'intensità del dolore, sensibile, abbastanza facile da comprendere, può essere somministrata anche a soggetti con deficit visivi. Non richiede l'uso di carta e penna. Ci si attiva quando il paziente dichiara un livello di dolore superiore o uguale a 4. Può essere utilizzata anche in interviste telefoniche.

COME SOMMINISTRARE LA SCALA NRS

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 dolore peggiore possibile
- Se il paziente divaga, rispondendo per esempio con descrizioni verbali (es. ? Si ho un po’ di dolore, ma non tanto!) con calma richiedere:
“Mi indichi per cortesia con un numero da 0 a 10”

COME SOMMINISTRARE LA SCALA NRS

- Mai suggerire la risposta al paziente (es. il personale non deve mai dire: "Ha detto che ha un po' di male, quindi sarà circa 2-3 vero?) e tanto meno fare le valutazioni al suo posto presumendo di conoscere come si sente
- 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"

COME SOMMINISTRARE LA SCALA NRS

- Non usare l'esempio dei voti a scuola, perché può confondere (10 a scuola rappresenta un evento positivo mentre nel nostro caso 10 corrisponde ad un evento altamente negativo)
- Se il paziente contesta l'istruzione, dicendo per esempio 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 essere il peggiore dolore

COME SOMMINISTRARE LA SCALA NRS

- 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 valutazione del suo dolore in quel momento preciso
- Non fare commenti sulla risposta data dal paziente. La valutazione del paziente non va contestata. Per esempio non va mai detto "Ma come! Se prima mi aveva detto che il valore era 6, come fa a dirmi che adesso è 8, dopo aver assunto un analgesico? E' impossibile!!"

COME SOMMINISTRARE LA SCALA NRS

- Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi
- Quando le valutazioni del paziente risultano incongruenti può essere interessante cercare di capire perché questo avviene
- Annotare la risposta nella scheda di valutazione
- Se il dolore riferito dal paziente è pari o superiore ad un valore soglia prestabilito, avvisare il medico per decisioni sul trattamento o somministrare l'analgesico di salvataggio.

COME VALUTARE IL DOLORE NELLE PERSONE ACCOLTE NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

Il comitato regionale per la lotta al dolore, in attuazione della Legge n° 38/2010, ha scelto di adottare la scala numerica (NRS) - già ampiamente diffusa in Emilia Romagna - quale strumento unico regionale per misurare il dolore sia in ospedale, sia sul territorio, nell'ambito del programma regionale "Ospedale e territorio senza dolore".

Il Comitato regionale per la lotta al dolore, in attuazione della Legge n. 38/2010, ha scelto di adottare la scala numerica (NRS) - già ampiamente diffusa in Emilia-Romagna - quale strumento unico regionale per misurare il dolore sia in ospedale, sia sul territorio, nell'ambito del programma regionale "Ospedale e territorio senza dolore".

IL DOLORE E LA DEMENZA

Fase Iniziale

La Demenza non è un fenomeno
“tutto o nulla”, ma è un
processo dinamico.....
la capacità di comprendere e di
esprimersi non declina
improvvisamente

Fase Avanzata

La valutazione del dolore
rimane sicuramente
difficile e un corretto riconoscimento
è una sfida quotidiana

Problema Aperto:

correlazione tra dolore e disturbi del comportamento

Allegato 2. *Pain assessment in advanced dementia (PAINAD)*

	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

**Arch Gerontol Geriatr. 2007 Mar-Apr;44(2):175-80. E pub
2006 May 30. The Italian version of the pain assessment in
advanced dementia (PAINAD) scale.**

Costardi D., Rozzini L., Costanzi C., Ghianda D., Franzoni S.,
Padovani A., Trabucchi M.

Questo studio suggerisce che la versione italiana della

PAINAD

è un buon strumento di valutazione del dolore nei
soggetti con demenza moderata.

CHI VALUTA IL DOLORE ?

Il dossier 194/2010 dell'Agencia Sanitaria e Sociale
della Regione Emilia Romagna

“ Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica”

sottolinea

la centralità dell'infermiere

nella misurazione del dolore

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI: CHI VALUTA IL DOLORE ?

Specificità del contesto di rilevazione

Le strutture Socio-sanitarie per anziani e disabili si caratterizzano per la presenza di un' equipe multidisciplinare con il coinvolgimento nel processo assistenziale di molti operatori con competenze diversificate, ma tutti hanno una buona conoscenza dell'utente.

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI: CHI VALUTA IL DOLORE ?

Pertanto si ritiene che, oltre agli infermieri, tutti gli operatori ,in particolare quelli prevalenti in termini di presenza e di continuità debbano essere coinvolti nella rilevazione e monitoraggio del dolore.

Anche la persona e i suoi familiari debbono essere informati, sensibilizzati e responsabilizzati rispetto all'approccio proposto.

SENSIBILIZZAZIONE E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

E' fondamentale creare, attraverso un lavoro formativo e informativo sugli operatori, una sensibilizzazione di attenzione al dolore tale da divenire parte integrante della metodologia di lavoro di tutti gli operatori affinché:

qualunque operatore coinvolto nel processo assistenziale sia allertato a cogliere il primo segnale di cambiamento e sia in grado di attivare in modo tempestivo le figure sanitarie di riferimento

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEI SERVIZI SOCIO - SANITARI ANALISI DEL CONTESTO DELLA RILEVAZIONE

I servizi socio-sanitari della Regione Emilia Romagna si caratterizzano per la loro natura relazionale oltre che assistenziale. Sono luoghi di vita permanenti per le persone accolte, quindi sono da considerarsi a tutti gli effetti l'equivalente della casa per le persone accolte al loro interno.

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEI SERVIZI SOCIO - SANITARI QUALE PERIODICITA' ?

La rilevazione, attraverso la **NRS** o la **PAINAD** (a seconda che la persona sia collaborante o no) al momento dell'ingresso della persona all'interno del servizio e per tutti i giorni per i primi 15 giorni relativi al periodo di osservazione del nuovo ospite, sia in un situazione di riposo sia durante lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (ad es: alzata, mobilizzazione, igiene personale, alimentazione, etc).

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEI SERVIZI SOCIO - SANITARI QUALE PERIODICITA' ?

La rivalutazione (somministrazione della scheda) del dolore ogni qualvolta ci siano cambiamenti delle condizioni generali della persona anche se apparentemente non riconducibili a problematiche afferenti alla sfera fisica (costanza di omeostasi). La rivalutazione (somministrazione della scheda) del dolore in coincidenza con le revisioni periodiche del PAI/PEI.

E' implicito che, in presenza di dolore acuto o cronico, la rilevazione del dolore deve avvenire quotidianamente, in momenti diversi della giornata e dopo assunzione della terapia

IL RUOLO DELLE RISORSE INFORMALI NELLA VALUTAZIONE DEL DOLORE

È necessario garantire sia l'informazione sia il coinvolgimento dei familiari , in modo particolare per quanto riguarda i servizi semiresidenziali.

I familiari possono costituire/garantire una fonte informativa importante nella raccolta dati supporto e collaborazione attiva e responsabile nello svolgimento delle attività definite in equipe, in questo caso riferite alla tematica dolore.

LA DOCUMENTAZIONE SOCIO SANITARIA

- Le varie strutture si devono autonomamente dotare di procedure organizzative relative alle modalità di gestione complessiva della documentazione in grado di garantire la presenza di una fonte informativa aggiornata e puntuale.
- Deve inoltre garantire rapida consultazione sia ai fini della elaborazione del PAI/PEI sia nelle situazioni di emergenza/urgenza, ed esempio invio in Pronto Soccorso, attivazione di servizio di Continuità Assistenziale.

LA CONTINUITÀ CON GLI STRUMENTI UTILIZZATI IN ALTRI SETTING ASSISTENZIALI

Le scale di valutazione individuate dal progetto (NRS e PAINAD) sono le medesime scale utilizzate all'interno dei Presidi Ospedalieri della RER.

I dati rilevati devono essere quindi sempre riportati nella documentazione che accompagna l'utente al Pronto Soccorso o verso le unità operative di degenza .



“SARA’ UN
PERCORSO
LUNGO...
MA DEVE
PORTARCI
SULLA GIUSTA
STRADA”

Grazie per l’attenzione ...