



Giornale online di infermieristica del dolore

Pain Nursing Magazine

Italian Online Journal

Il dolore nell'anziano con deficit cognitivi

Estratti da Pain Nursing Magazine - Italian Online Journal

Indice

| | |
|--|----|
| Ruolo del nursing nella comunicazione verso l'anziano con disturbi dell'affettività | 2 |
| <i>Manuela Rebellato, Daniela Resta, Barbara Rosso, Daniela Cobianchi</i> | |
| La valutazione del dolore nell'anziano con deficit cognitivi | 7 |
| <i>M. Marina Torresan, Manuela Rebellato</i> | |
| L'educazione terapeutica: educare per curare meglio | 12 |
| <i>M. Marina Torresan, Manuela Rebellato</i> | |
| Dolore in popolazioni speciali: anziani con deficit cognitivi | 18 |
| <i>Chiara Angeletti, Cristiana Guetti, Martina Paesani, Paolo Matteo Angeletti, Nicoletta Melozzi, Serena Ferrara, Antonella Paladini, Giustino Varrassi</i> | |

www.painnursing.it

EDITOR IN CHIEF STEFANO COACCIOLI



Ruolo del nursing nella comunicazione verso l'anziano con disturbi dell'affettività

Role of nursing in communication to elderly patients with affective disorders

Manuela Rebellato¹, Daniela Resta², Barbara Rosso³, Daniela Cobianchi³

¹ Responsabile Counselling Ospedale a Domicilio, Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "San Giovanni Battista", Torino

² Coordinatrice infermieristica, RSA Istituto Riposo Vecchiaia, Torino

³ Infermiera Cure Intermedie – PostAcuzie, Azienda Ospedaliero-Universitaria "San Giovanni Battista", Torino

RIASSUNTO

La dignità delle persone è strettamente legata alla possibilità di potersi esprimere ed essere ascoltate.

L'uomo può sopportare una grave avversità fisica o spirituale, ma ciò che non può reggere è l'assenza di significato. Il suicidio è oggi la nona causa di morte nel mondo e circa il 70% dei suicidi avvengono in soggetti depressi. Molti dati indicano una forte associazione tra suicidio e depressione nell'anziano. L'Infermiere rappresenta colui che trascorre il maggior tempo con il malato ed ha quindi la migliore possibilità di raccogliere eventuali segnali per cui attivarsi ed avviare il contesto adeguato. Nella considerazione che non esistano solo queste situazioni esasperate, ma anche tante condizioni a rischio di depressione, risulta prioritario riconoscere la depressione del vecchio quale malattia e non come la pressoché inevitabile conseguenza della senescenza o aspetto di essa.

Il ruolo del nursing verso il paziente anziano con disturbi dell'affettività si declina attraverso la curiosità di cercare in questi la persona che è ed il suo modo di guardare a sé ed alla propria vita e, nel comporre insieme una relazione di fiducia, costruire con lui un percorso rivolto al farlo stare o, almeno, sentire meglio.

PAROLE CHIAVE: anziano, comunicazione, depressione, dolore

ABSTRACT

The dignity of a human being is strictly linked with the possibility to express his ideas and emotions as well as to be listen to his necessities.

Human beings are able to bear adversities – both physical and spiritual – but it is essential to give a significance to the own suffering. Suicides are nowadays the 9th cause of death and almost 70% of suicides are committed by depressed persons. Moreover, data show a strong association between suicide and depression in the elderly. A nurse is someone who is often close to patients for a long time during the day – more that a physician – and it is in a excellent position in order to detect both discomfort and clinical conditions related signals. Again, there are a number of situations in which to detect a high risk of depression is what nurses can do and represents the best health professional to reveal it.

The role of nursing towards the elderly patients affected by affectivity disorders is in a central position in a modern health system.

KEY WORDS: communication, depression, elderly patients, pain

Introduzione

La dignità delle persone è strettamente legata alla possibilità di potersi esprimere ed essere ascoltate. La parola è connessa al pensiero ed alla nostra visione del mondo, è nel-

le parole che vive la nostra umanità. Più si impoveriscono il nostro vocabolario e la nostra capacità di comunicare, più si è soli a condividere esperienze, ricordi e idee, più diventerà limitato il nostro pensiero, più povera la nostra vita (1).

Dice Oliver Sacks ne *"L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello"*: "Se vogliamo sapere qualcosa di un uomo chiediamo: qual è la sua storia, la sua storia vera intima? Poiché ciascuno di noi è una bio-

grafia, una storia. Ognuno di noi è un racconto peculiare, costruito di continuo, inconsciamente da noi, in noi e attraverso di noi, attraverso le nostre percezioni, i nostri sentimenti, i nostri pensieri, le nostre azioni e, non ultimo, il nostro discorso, i nostri racconti orali. Da un punto di vista biologico, fisiologico, noi non differiamo molto l'uno dall'altro: storicamente come racconti, ognuno di noi è unico". La nostra identità è definita in parte da ciò

Autore corrispondente

Manuela Rebellato
orsa60@libero.it

©2012 Fondazione Paolo Procacci Onlus

che raccontiamo di noi a noi stessi, in parte da come gli altri ci narrano e da quel che le nostre azioni dicono di noi. Che cosa fa una persona che racconta di sé a qualcun altro? In un certo senso risponde ad una domanda, e la domanda che l'altro pone esplicitamente o silenziosamente è la domanda "chi sei?". Tale domanda la poniamo spesso a noi e agli altri e altrettanto spesso ad essa rispondiamo, e questa risposta è necessaria per costruire e conservare la nostra identità. Nel raccontare c'è un aspetto di continuità, ovvero si racconta affinché qualcun altro possa continuare la nostra storia. La filosofa Adriana Cavarero sostiene, infatti, che *"noi raccontiamo di noi perché un altro possa raccontare di noi"* (2). Diversi studi hanno evidenziato che l'anziano può mantenere la sua efficienza psichica globale se sfrutta le risorse residue. Molte opere di scienziati, scrittori, filosofi e artisti, compiute in età avanzata, rappresentano un perfezionamento dei lavori precedenti. E, pur non appartenendo ad alcuna di quelle categorie, ciascuna persona vivendo ha scritto la sua storia e continua a scriverla nella propria memoria ed in quella degli altri. Perché possa continuare a farlo occorre però che si senta vista, ascoltata, riconosciuta nel proprio valore, è necessario che sappia di avere un posto nel mondo.

■ La nostra indagine

Anni orsono facemmo una serie di interviste sulla percezione del tempo che trascorre, nella considerazione che questo non sempre paia procedere alla stessa maniera: i minuti e le ore sembrano allungarsi o improvvisamente rimpicciolirsi a seconda delle attese, degli appunta-

menti, delle scadenze, delle età della vita. Il tempo legato a ciò che si deve fare, a qualcosa o qualcuno che si sta aspettando, allo stare con gli altri, all'essere in relazione. Da questi e altri pensieri è sorta l'idea di intervistare persone che avessero già attraversato diverse fasi della vita e fossero dunque tra i 70 e i 90 anni, residenti nella propria abitazione, chi da solo chi con il coniuge.

Le domande esploravano il trascorrere delle giornate e lo scorrere delle ore della notte. Facevano narrare i riti del quotidiano e quelli delle pause di veglia notturna. Chiedevano delle similitudini e delle differenze sui modi di vivere la giornata nel loro ieri e nell'oggi. Facevano raccontare i progetti e parlare dei desideri e delle paure, del disagio del passaggio dalla lira all'euro e di eventuali timori per il futuro. Nelle narrazioni comparivano le storie della vita con i personaggi del passato quali nonni, genitori, fratelli, e quelli del presente: coniugi, figli, nipoti; era interessante osservare il tempo già avvenuto danzare con l'odierno per ipotizzare quello che sarebbe dovuto arrivare. Il tempo veniva associato alla memoria, questa alle persone ed ai luoghi e quindi il tempo alle persone. Ho intervistato alcune coppie di ultrasessantenni in buona salute, con una discreta vita sociale. Ciò che emergeva dai loro racconti era la sensazione che il tempo scorresse troppo velocemente allorché incombessero impegni da svolgere (faccende di casa, spesa, progetti) e l'attribuzione di questa tirannia alla maggiore lentezza nei movimenti, alla difficoltà di "mettersi in moto", all'aumentata cautela nel condurre l'auto, all'insicurezza prodotta dal sentire e dal vedere peggio di una volta. Narravano dell'attenzione ai prezzi nel fare la spesa, e della scelta dei luoghi in cui fare le

provviste: al mercato venivano acquistati alcuni prodotti mentre al supermercato si dovevano tenere d'occhio le offerte. Mi dicevano delle pensioni stazionarie e del lievitare del costo della vita con l'avvento dell'euro; della loro preoccupazione per il futuro e del timore di dover chiedere l'aiuto dei figli. Mi parlavano di progetti quali rimettere in funzione una vecchia radio di cui non si trovavano più i pezzi, cucire le tende per la casa ancora in costruzione della figlia, recarsi in paesi lontani per rivedere le sorelle e poi del desiderio di vedere i nipoti con una occupazione stabile. Mi dicevano di quanto il tempo fosse volato facendo la conta dei parenti e degli amici rimasti e ricordando pure personaggi dello spettacolo loro coetanei ormai scomparsi.

Riaprivano sul passato e facevano comparire campi di concentramento, rientri in patria, ideologie di allora rimaste immutate adesso, narravano per raccontarsi ma non solo: raccontavano col desiderio di tramandare la loro storia a chi li ascoltava, per trasmettere il loro modo di vedere. Con sguardo disincantato, parlavano di pazienza, di tolleranza nei confronti dei giovani e della responsabilità che sentivano nell'aver contribuito a formare l'attuale società. Raccontavano della televisione degli anni '60 e di quella odierna, esprimevano la preoccupazione per il futuro, ma più che per il loro per il nostro. Volevano dire perché ne sapevano ed affermavano l'importanza di sentirsi riconosciuti per continuare a rappresentare la memoria del passato prima che una malattia o il vuoto dei ricordi li portasse lontano.

L'uomo può sopportare una grave avversità fisica o spirituale, ma ciò che non può reggere è l'assenza di significato. Il nemico ultimo non è il dolore, la malattia o la disabilità,

ma l'insignificanza. Quello che risulta terribile è la convinzione di non essere necessari, di non dare un contributo, di vivere una vita senza senso (3).

Il timore più grande per l'anziano non è la morte, piuttosto la malattia, l'abbandono, la scarsa considerazione delle persone con cui ha sempre vissuto, il rifiuto, il sentirsi fragili. Tutto ciò lo può condurre a vivere in una condizione di ansia continua.

Il pericolo maggiore quindi è l'isolamento che può portare ad una minore motivazione nell'affrontare la vita e ad un minore uso, e conseguente perdita, delle abilità cognitive.

La condizione dell'anziano

Oltre una decina di anni fa un'indagine del CENSIS mostrava come la condizione anziana sia tutt'altro che una condizione spenta e passiva, e che di fatto il sentirsi anziano non coincide con il superamento di una soglia anagrafica, quanto piuttosto con l'imbattersi in circostanze quali l'entrare in istituzioni o essere debilitato fisicamente. Non a caso queste due condizioni, prime nella graduatoria dei motivi del sentirsi anziano hanno fortemente a che fare più con una senescenza psicologica che con una senescenza fisiologica: perché entrare in istituzione cambia radicalmente il proprio contesto di vita e i riferimenti relazionali, mentre un handicap fisico cambia la percezione di sé e modifica il proprio livello di indipendenza.

Depressione e disabilità sono nella persona anziana strettamente correlate, il legame tra le due è determinato dalla contemporanea presenza di comorbidità, dall'impoverimento dei contatti sociali e dalla riduzione della "vita attiva". In par-

ticolare, maggiore è il livello di compromissione dello stato di salute e di autonomia funzionale, più intensa è la forza con cui la depressione si esprime (4). Ne è la dimostrazione la sua più alta prevalenza negli anziani ospedalizzati e, ancor più, in quelli ospiti di residenze per disabili e non auto-sufficienti (5).

L'approccio all'esistenza, proposto dai media, porta ad attribuire il senso della vita in proporzione al livello di efficienza, dando l'impressione che la vita dell'uomo debba essere misurata in base alle prestazioni possibili. Questo tipo di misura penalizza chi non può essere all'altezza (6).

Il suicidio è oggi la nona causa di morte nel mondo e circa il 70% dei suicidi avvengono in soggetti depressi. Molti dati indicano una forte associazione tra suicidio e depressione nell'anziano. Dati recenti indicano che i suicidi di anziani rappresentano circa il 25% dei suicidi nel mondo. Un altro rapporto ha potuto evidenziare che in una serie di più di 100 suicidi geriatrici, circa il 93% soffriva di depressione associata a malattia e dolori.

I fattori di rischio per il suicidio sono numerosi e vanno sempre presi in considerazione. Essi includono: il sesso maschile, l'età avanzata, la perdita di speranza per il futuro, i sentimenti di disperazione e di colpa, la perdita di piacere, l'abuso di alcool, il rifiuto di contatti con l'esterno, i piccoli gesti auto-lesivi spesso giustificati come distrazione, i dolori cronici non controllati dalla terapia analgesica, il desiderio di morire, espresso nelle parole: *"Cosa faccio in questo mondo? Sono solo, non ho nulla da sperare dal futuro"*, *"Sto male, perché continuare a soffrire"*, ecc. La presenza di due o tre di questi fattori ed un ritornare sovente su temi di morte deve allarmare chi è vicino al paziente.

Il ruolo dell'infermiere

L'infermiere rappresenta colui che trascorre il maggior tempo con il malato, chi può e deve stabilire una relazione di cura fondata sul rispetto di quella persona malata e della sua intimità, intimità intesa nel senso più ampio del termine in quanto senza di essa l'uomo perde la propria dignità, e l'ascolto; l'infermiere è, infine, chi ha quindi la migliore possibilità di raccogliere eventuali segnali per cui attivarsi ed avviare il contesto adeguato. Non esistono solo queste situazioni esasperate ma anche tante condizioni a rischio di depressione per il paziente anziano ed è quindi prioritario riconoscere la depressione del vecchio quale malattia e non come la pressoché inevitabile conseguenza della senescenza ed aspetto di essa. Nella considerazione della malattia che colpisce una persona ancorché anziana, occorre intervenire su questa in termini di prevenzione e nel prendersene globalmente cura.

Coloro che soffrono di dolore cronico rischiano tre volte di più di ammalarsi di depressione e chi soffre di depressione si ammala tre volte più spesso di dolore cronico e lo patisce con un maggiore grado di severità. La depressione porta all'isolamento e l'isolamento aumenta il rischio di depressione; il dolore limita i movimenti e l'immobilità spesso è causa di ulteriore dolore. L'infermiere in qualità di responsabile dell'assistenza ha il dovere di raccogliere i bisogni di salute del paziente e di rispondere a questi, oltre che attraverso il piano assistenziale individualizzato, tramite la comunicazione personalizzata.

Comunicare ha il significato di mettere in comune, di muoversi in un terreno noto ed accettato da entrambi; nella considerazione che ciascuna persona dia una sua misura

alle cose che avvengono, ovvero dia ad esse il loro senso, quindi anche al dolore ed alla malattia, la comunicazione è uno scambio di narrazioni che si costruisce momento per momento e non è mai definitiva (7). Il professionista della salute dovrebbe favorire la narrazione e co-narrare insieme al paziente.

Come comunicare con il paziente anziano con disturbi dell'affettività si potrà declinare, quindi, attraverso la curiosità di cercare in questi la persona che è, o forse meglio, il suo modo di guardare a sé ed alla propria vita, riconoscendogli la propria unicità e, nel comporre insieme una relazione di fiducia, consentirgli di costruire con noi un percorso rivolto al farlo stare o, almeno, sentire meglio.

In tale modo diminuisce il rischio di produrre nel paziente la reattanza psicologica, intesa come percezione di perdita delle aspettative di controllo nei confronti di cose che considera acquisite e garantite. Le manifestazioni di reattanza possono essere di sfida, di non cooperazione, di aggressività e di rabbia. Infine, la reattanza psicologica pone il malato in una posizione di aumentata minorità e di scarsa autonomia fino a produrre quel senso di impotenza profonda e perdita della reattività che viene definita impotenza appresa, in cui il paziente racconta e si racconta una storia, sempre la stessa, da cui risulta che ogni tentativo di reagire alla situazione è destinato al fallimento. Il tentativo diventa quindi quello di facilitare al paziente la narrazione di altre storie possibili che presentino un intreccio ed un finale sia pur di poco differente (8,9).

Spesso negli anziani con deterioramento cognitivo o con disturbi emotivi si manifestano sospettosità, deliri di persecuzione e deliri paranoici. Una percentuale compresa tra il

2 ed il 5% degli anziani nella popolazione generale denota sospettosità eccessiva e deliri persecutori, circa il 4-5% ha deliri ed allucinazioni. Sono note l'inefficacia del mettere a confronto il paziente con l'irragionevolezza ed i falsi presupposti insiti nell'ideazione paranoide ed il rischio conseguente di rottura della relazione terapeutica. Solo tramite questa, senza ingannare il paziente nel fingersi d'accordo con le convinzioni paranoide ma attraverso l'ascolto e l'interesse nel volere comprendere il suo malessere al fine di lavorarci insieme, nonostante il disaccordo circa l'origine del problema, è possibile raggiungere l'obiettivo della costruzione di una relazione di fiducia e sicurezza che possa consentire il riesame delle convinzioni del paziente. È altrettanto importante inserire e prendersi cura delle persone di riferimento del paziente e stabilire con esse una corretta relazione terapeutica (10).

Il 90% dei pazienti affetti da deterioramento cognitivo presenta, con una variabilità individuale, correlata anche allo stadio della malattia, sintomi non cognitivi: psicosi (deliri, misidentificazioni, allucinazioni), alterazioni dell'umore (depressione, euforia, labilità emotiva), ansia, disturbi dell'attività psicomotoria (vagabondaggio, affaccendamento afinalistico, acatisia), agitazione (aggressività verbale o fisica, vocalizzazione persistente), alterazioni della personalità (indifferenza, apatia, disinibizione, irritabilità), sintomi neurovegetativi (alterazioni del ritmo sonno-veglia, dell'appetito, del comportamento sessuale) (11).

La depressione contribuisce ad aumentare la disabilità, la sofferenza individuale, la disgregazione familiare e l'istituzionalizzazione precoce (12).

■ Il ruolo del caregiver

L'inadeguata comprensione sia della natura progressiva della malattia che delle limitazioni cognitivo-comportamentali, ed inappropriati sensi di colpa e aspettative non realistiche sono gli elementi che più frequentemente possono determinare nei familiari sentimenti di rabbia, frustrazione e depressione. Alcuni studi indicano che le caratteristiche ed il benessere dei familiari piuttosto che i sintomi del paziente sono maggiormente predittivi del ricorso alla istituzionalizzazione e al ricovero in ospedale (13,14).

Uno dei principi nella cura delle persone dementi è considerare il paziente e la famiglia un insieme unitario. Il supporto e la formazione della famiglia sono fondamentali per la corretta realizzazione di un programma assistenziale al malato demente (15,16).

Si definisce "caregiver" colui che, nell'ambito familiare, ha responsabilità primaria nel provvedere alle necessità dell'anziano; secondo i dati della letteratura la maggioranza dei caregiver sono femmine, mogli o nuore, ma più spesso figlie (17). L'età di chi fornisce assistenza è generalmente compresa tra 50 e 70 anni, ma molte persone più anziane si occupano delle attività di cura, se si considera che più di 1/3 dell'assistenza informale (a carico di familiari e amici) a soggetti ultrasessantacinquenni è fornita da ultrasettantenni.

Lo stress del caregiver è la tensione emotiva del dare cura. Molti studi dimostrano che i caregiver soffrono di depressione più dei soggetti di controllo. Altri studi suggeriscono che i caregiver siano maggiormente soggetti a problemi di salute fisica come il diabete e le cardiopatie (18-23).

Nella ulteriore considerazione che,

i caregiver di oggi saranno i vecchi di domani e che ciascun professionista della salute si debba preoccupare soprattutto di prevenire le malattie, l'attenzione alla comunicazione, l'ascolto, il supporto, l'affiancamento ai familiari rappresenta oltre che un gesto etico una scelta culturalmente sostanziata.

Bibliografia

1. Doglio M. Parlare per tutti. Lupetti Editori di Comunicazione, Milano, 2004.
2. Cavarero A. Tu che mi guardi, tu che mi racconti. Feltrinelli Milano, 1997.
3. Trueblood F. The life we prize. Dublin, In: Print, 1955.
4. Charlson M, Peterson JC. Medical comorbidity and late life depression: what is known and what are the unmet needs? *Biol Psychiatry* 2002.
5. Parmelee P, Katz I, Lawton M. Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *J Gerontol* 1989.
6. Grezzana LG. Eutanasia da abbandono. In: Grezzana LG. *Geriatrici: Ladri di saggezza*. Grafiche Fiorin, Verona, 2006.
7. Bert G. *Medicina narrativa*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007.
8. Brehm JW. A theory of psychological reactance. New York Academic Press, 1966.
9. Brehm S, Brehm JW. *Psychological reactance: a theory of freedom and control*. New York Academic Press, 1981
10. Manuale Merck di Geriatria. *Disturbi psichiatrici*.
11. Defilippi JL. et al. Antipsychotic agents in patients with dementia. *Pharmacotherapy* 2000.
12. Alexopoulos GS. Clinical and biological interactions in affettive and cognitive geriatric syndromes (Editorial). *Am J Psychiatry* 2003; 160:811-814.
13. Grunfeld E, Glossop R, McDowell I, Danbrook C. Caring for elderly people at home: consequences to caregiver. *Can Med Assoc J* 1997; 157:1101.
14. Gold DP, Reis MF, Markiewicz D, Andres D. When home caregiving ends: a longitudinal study of outcomes for caregivers of relatives with dementia. *J Am Ger Soc* 1995;43:10.
15. Gonzales-Salvador MT, Arango C, Lyketsos CG, Barba AC. The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient's caregiver. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14:701.
16. Moore I. Living with Alzheimer's: understanding the family's and patient's perspective. *Geriatrics* 1997; 52(suppl.2):33.
17. Rose-Rego SK, Strauss ME, Smyth KA. Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer's disease. *Gerontologist* 1998; 38:224.
18. Selwood A, Johnston K, Katona C, Lyketsos C, Livingston G. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *J Affect Disord* 2007; 101:75.
19. Mittelman MS, Haley WE., Clay Oj, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006; 67:1592.
20. Bellelli G, Lucchi E, Minicuci N, Rozzini L, Bianchetti A, Padovani A, Trabucchi M. Results of multi-level therapeutic approach for Alzheimer's disease subjects in the "real world"(CRONOS project):a 36-week follow-up study. *Aging Clin Exp Res* 2005; 17:54.
21. Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE. Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2004; 161:850.
22. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Ambinder A, Mackell JA, Cohen J A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients *Gerontologist* 1995; 35:792.
23. Mittelman MS, Ferris SH, Steinberg G, Shulman E, Mackell JA, Ambinder A, Cohen J An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: treatment of spouse-caregivers *Gerontologist* 1993; 33:730. ◀

La valutazione del dolore in geriatria: l'anziano con deficit cognitivi

The evaluation of pain in gerontology: the elderly with cognitive deficit

Marina Torresan ¹, Manuela Rebellato ²

¹ Infermiera Terapia del Dolore e Cure Palliative

² Responsabile Counselling Ospedale a Domicilio, Geriatria, UVA, Cure Intermedie – Post Acuzie Azienda Ospedaliero-Universitaria “San Giovanni Battista”, Torino

RIASSUNTO

La valutazione del dolore rappresenta un atto indispensabile della cura del paziente ancorché anziano e con deficit cognitivi. La presenza di declino cognitivo è un fattore predittivo di scarso controllo del dolore, soprattutto per la difficoltà di valutarne la presenza e per la diffusa convinzione che l'avanzamento dell'età determini una riduzione della sua percezione ed intensità. L'autovalutazione del dolore (self-report) risulta l'indicatore più attendibile ma la sua applicazione non è possibile nelle persone con declino cognitivo in stadio moderato e avanzato di malattia.

La capacità quindi di attenta osservazione e di ascolto di chi si prende cura di esse e l'utilizzo di strumenti adeguati per la valutazione del dolore risultano fondamentali per gli operatori che curano pazienti anziani affetti da demenza.

PAROLE CHIAVE: anziano, deterioramento cognitivo, dolore

ABSTRACT

The evaluation of pain represents a fundamental tool in the therapy of elderly patient with pain associated with cognitive impairment. The cognitive deficit is a negative predictive factor in order to the treatment of pain, because it is really difficult to relieve pain in a correct manner. Moreover, the cognitive impairment is usually considered as a condition characterized by a reduction of perception of pain itself. Thus, the self-report of pain represents a very useful guide, even though it is sometimes difficult to carry out. In patients with cognitive impairment an accurate observation as well as careful listening are very important tools to evaluate both pain and suffering of elderly patients with cognitive deficit.

KEY WORDS: elderly, cognitive deficit, pain

Introduzione

Gli anziani con deficit cognitivi hanno minori probabilità di ricevere un adeguato trattamento del dolore rispetto a coloro che non li hanno: è stato dimostrato che i pazienti con demenza, sottoposti a intervento chirurgico per frattura di femore, ricevono circa un terzo in meno di analgesici oppioidi (1). Questa

condizione permane seppure sia stato confermato che le diverse forme di demenza non siano responsabili di una modificazione nella percezione del dolore e che le persone anziane con deterioramento cognitivo sentano il dolore come tutti gli altri (2).

Gli anziani con demenza incontrano difficoltà più o meno severe a comunicare a seconda dello stadio della malattia e quando questa è molto avanzata esprimono il proprio dolore non più con le parole, ma attraverso il comportamento, le espressioni del volto, il lamento. Sviluppare le capacità di osserva-

zione e di ascolto di chi di essi si prende cura ed utilizzare strumenti adeguati, consente una corretta valutazione del dolore, che risulterà certamente più difficile e lunga, ma sicuramente doverosa e possibile.

Materiali e metodi

Valutazione del dolore in pazienti con decadimento cognitivo lieve-moderato

La demenza non è un fenomeno “tutto o nulla”, ma è un processo dinamico: la capacità di comprendere e di esprimersi nella persona

Autore corrispondente

Marina Torresan

marinatorresan@libero.it

©2012 Fondazione Paolo Procacci Onlus

non declina improvvisamente. Le persone con decadimento cognitivo leggero-moderato mantengono la capacità di riferire il dolore e pertanto la valutazione si deve basare su ciò che essi riferiscono: occorre dare tempo, sapere ascoltare e "decodificare" le poche parole con cui la persona cerca di comunicare (3). Chi di loro si prende cura sa bene come talvolta presentino momenti di singolare lucidità in cui si esprimono con sorprendente chiarezza. È dunque importante imparare a considerare la capacità della persona a rispondere a domande semplici e dirette, ad indagare la localizzazione del dolore, la severità/intensità dello stesso, cosa lo rende più acuto e quel che lo allevia.

La valutazione deve essere integrata dall'utilizzo di strumenti di self-report: Scala Numerica della Intensità (NRS), Scala Verbale dell'Intensità (VRS), Scala Analogica Visiva (VAS), Scala delle Espressioni Facciali, che misurano ciò che il soggetto riferisce e consentono sia il monitoraggio nel tempo che la valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici e assistenziali.

La somministrazione di questi strumenti nella persona con decadimento cognitivo lieve-moderato e limitazione dell'attenzione, richiede l'osservanza di alcune regole (Wheeler, 2006):

1. evitare eccessive stimolazioni prima di cominciare la valutazione;
2. eliminare i possibili disturbi ambientali;
3. assicurare una buona illuminazione;
4. disporre di grossi pennarelli e/o immagini;
5. ripetere le istruzioni;
6. utilizzare termini semplici;
7. lasciare un adeguato tempo per rispondere;
8. se necessario ripetere le doman-

de utilizzando le stesse parole. Con la progressione della malattia si assiste all'aumento del deficit di memoria ed alla diminuzione della capacità di comprensione e di comunicazione ma occorre, comunque sempre, tentare l'approccio verbale fino a quando permane l'abilità a rispondere a domande semplici e dirette.

Valutazione del dolore in pazienti con decadimento cognitivo grave

Quando il paziente non è più in grado di comunicare il dolore da sintomo (ri-)diventa segno (Trabucchi 2004) inducendo gli operatori ad individuare e cogliere i segni che diventano l'unico elemento di comunicazione del dolore per la persona con demenza (4).

Nei pazienti con decadimento cognitivo grave, per i quali gli strumenti di valutazione di self-report non sono applicabili, la valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è pertanto affidata all'osservazione dei comportamenti correlabili ad esso: spesso un'agitazione improvvisa o un comportamento insolito possono rappresentare le modalità con cui il paziente cerca di comunicare il proprio dolore. Rimane comunque estremamente difficile in questi pazienti misurare l'intensità del dolore.

L'osservazione del paziente secondo le indicazioni dell'American Geriatric Society (AGS) dovrebbe focalizzarsi sulle seguenti sei categorie di indicatori comportamentali (AGS, 2002) (5):

1. espressioni facciali che esprimono disagio, sofferenza, paura;
2. verbalizzazione, in particolare lamento, pianto, urlo;
3. movimenti corporei finalizzati all'assunzione di posizioni antalgiche

che o alla protezione di parti del corpo;

5. modificazioni delle relazioni interpersonali;
6. modificazioni nelle abituali attività;
7. modificazioni dello stato mentale.

Nei soggetti affetti da demenza rivestono particolare importanza le modificazioni delle relazioni interpersonali, delle abituali attività e dello stato mentale che si verificano nel breve periodo (ore o qualche giorno) che potrebbero essere indotte dalla presenza di dolore.

Strumenti di valutazione

Gli indicatori comportamentali proposti dall'AGS costituiscono la base di molti strumenti di valutazione del dolore definiti "osservazionali", sviluppati allo scopo di identificare la presenza di dolore e stimarne, seppure indirettamente, la gravità e l'intensità.

Zwakhlen (2006), in una revisione della letteratura dal 1988 al 2005 confronta, attraverso una serie di criteri riguardanti la sensibilità e l'utilità clinica, 12 scale osservazionali per riconoscere e rilevare il dolore nei soggetti con decadimento cognitivo severo (6). Le scale più appropriate risultano essere: DOLOPLUS_2 (Lefebvre-Chapiro, 2001) (7); Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN) (Snow, 2004) (8); Pain Assessment IN Advanced Dementia (PAINAD) (Warden, 2003) (9).

La scala DOLOPLUS_2 deriva da una scala di valutazione del dolore utilizzata nei bambini ed è composta da 10 item suddivisi in 3 aree che rispettivamente indagano:

1. *reazioni somatiche*: lamento, protezione di parti del corpo, adozione

di posture antalgiche, espressioni di dolore, disturbi del sonno;

2. reazioni psicomotorie: comportamento del soggetto durante l'igiene e mentre indossa o toglie gli indumenti, ridotta mobilità;

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

I punteggi attribuiti ad ogni item possono variare da 0 (assenza del comportamento che esprime dolore) a 3 (massima espressione del comportamento che può associarsi a dolore) e la loro somma varia in un range da 0 a 30. Un punteggio totale uguale o maggiore di 5 indica la presenza di dolore.

Non esiste una forma validata in italiano e questo resta un limite importante alla sua applicazione nelle nostre realtà assistenziali.

La scala Doloplus2 è disponibile con esaurienti spiegazioni sul sito www.doloplus.com/versiongb/index.htm

La scala NOPPAIN permette di stimare l'intensità del dolore dei pazienti mediante segni indiretti: mimica facciale spontanea o in seguito ai comuni atti di assistenza, impossibilità di muovere parti del corpo, irrequietezza, lamenti e versi che esprimono dolore. Al completamento della scheda l'operatore è in grado di ottenere un punteggio che, se superiore ad una certa soglia, permette di affermare che il paziente, pur non comunicante, ha dolore e si rende necessario intervenire con una terapia che ne riduca l'intensità.

L'operatore deve effettuare almeno 5 minuti di assistenza quotidiana al paziente per poter essere in grado di valutare la presenza di segni di dolore. La scala è in fase di valida-

zione nella versione italiana ed è disponibile sul sito www.grg-bs.it.

La scala PAINAD è l'unico strumento tra le scale per la valutazione del dolore nel paziente con demenza severa ad essere stato sottoposto ad uno studio di validazione nella versione italiana (Costardi, 2007) (10). La scala è composta da 5 item che prendono in considerazione il respiro, la vocalizzazione negativa (lamento, grido, pianto), l'espressione facciale, il linguaggio del corpo, la consolabilità (reazione del soggetto all'intervento dell'operatore o del caregiver finalizzato a distrarre o fornire rassicurazione con le parole e il tocco). Il range va da 0 (assenza di comportamenti che esprimono dolore) a 10 (presenza continua di comportamenti che esprimono dolore). Pur essendo ancora scarsamente omogenei e suscettibili di un ampio margine di miglioramento, questi strumenti hanno però dimostrato di poter migliorare di molto la qualità di vita dei pazienti dementi istituzionalizzati, poiché si avvalgono dell'approccio personalizzato e della valutazione globale (10).

■ Discussione e conclusioni

Uno dei limiti principali di queste scale è costituito dalla misurazione indiretta dell'intensità del dolore: in assenza di autovalutazione, la sti-

ma dell'intensità si ottiene attraverso la rilevazione della gravità o frequenza del comportamento assumendo per vero che quel comportamento risulti espressione di dolore e non manifestazione del deficit cognitivo associato alla gravità della demenza. È pertanto fondamentale la conoscenza del paziente, della sua storia di malattia e di dolore per potere distinguere un disturbo del comportamento da un segno con cui questi comunica la presenza di dolore. Un episodio di agitazione psicomotoria può essere abituale espressione del deficit cognitivo o, se compare in un soggetto solitamente tranquillo, una possibile modalità di risposta ad uno stimolo doloroso. Per contro le limitazioni funzionali (causate dalla malattia e da altre condizioni cliniche concomitanti) possono impedire alcune espressioni comportamentali del dolore. Seppure in presenza di dolore lancinante, lo strofinare o proteggere una parte del corpo (comportamento ritenuto come possibile espressione di dolore dalle scale DOLOPLUS_2 e NOPPAIN) potrebbe non essere possibile per la presenza di contratture o immobilità.

Diviene pertanto di notevole rilevanza sia l'ascolto dei familiari o di chi solitamente vive accanto alla persona, e quindi meglio la conosce, sia l'osservazione degli opera-

Le scale più appropriate per la rilevazione del dolore nell'anziano con deficit cognitivi

- DOLOPLUS_2 (Lefebvre-Chapiro, 2001) (7)
www.doloplus.com/versiongb/index.htm
- Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN) (Snow, 2004)(8)
www.grg-bs.it
- Pain Assessment IN Advanced Dementia (PAINAD) (Warden, 2003) (9)

tori al fine di unire le differenti competenze, che risulteranno estremamente personali le une e clinico assistenziali le altre. Se da un lato, quindi, gli operatori potranno imparare di più circa quella specifica persona, dall'altro potranno educare i familiari ad una maggiore sensibilizzazione e conseguente attenzione al dolore che permarrà anche al rientro al domicilio. La cornice di alleanza terapeutica dove si impara e si insegna fornisce sicuramente un aiuto per tutti: per il paziente, per i familiari e per gli operatori.

Da non scordare, inoltre, l'importante figura dell'operatore socio sanitario (OSS) che, opportunamente formato all'osservazione ed alla rilevazione del dolore nonché alla segnalazione, può costituire una grande risorsa per tutta l'équipe. Là dove la valutazione del dolore rimanga difficile, ed il corretto riconoscimento, continui a rappresentare una sfida quotidiana per gli operatori, il lavoro di squadra consente sicuramente maggiori probabilità di successo.

È importante ricordare, inoltre, che in presenza di dubbio di dolore, non si dovrebbe esitare a condurre un trattamento con appropriati analgesici e quindi osservare la modificazione del comportamento ne confermerebbe la presenza (11).

La rilevazione del dolore e la registrazione nella cartella clinica costituiscono atti indispensabili della cura del paziente. L'Infermiere risulta il principale attivatore e facilitatore

della cura del dolore in quanto è colui che trascorre maggior tempo con il paziente ed ha pertanto migliori possibilità di valutare il dolore e gli effetti della cura di questo; con i dati di evidenza (p. es. PAINAD = 8, NRS = 7) può richiedere l'intervento del medico e registrare l'efficacia o l'inefficacia della terapia, può segnalare la necessità di dosi aggiuntive qualora il paziente abbia un'esacerbazione del dolore o questo sia prevedibile (p. es. prima di una medicazione).

Di fronte all'evidenza registrata, esattamente come avviene nella situazione di ipertensione o di ipertermia, non si può non intervenire. Tale considerazione si fonda sull'indispensabile processo di comunicazione e collaborazione che deve esserci tra i curanti, poiché soltanto attraverso l'interdisciplinarietà e l'ascolto tra questi si può effettivamente ed efficacemente controllare il dolore anche di chi è affetto da demenza.

Quando non è più possibile curare occorre prendersi cura ed è proprio in questo contesto che l'assistenza infermieristica riveste un ruolo fondamentale: dove non è possibile guarire è indispensabile "far sentire meglio". Tale atteggiamento conferma i valori cardine della professione, che si fondano sul rispetto e la salvaguardia della dignità delle persone siano esse sane, malate o morenti nonché i più semplici e fondamentali tra i valori umani.

Bibliografia

1. Stolee P, Hillier LM, Esbaugh J, Bol N, et al. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(2):319-26.
2. Scherder E, Oosterman J, Swaab D, et al. Recent development in pain and dementia. *BMJ* 2005; 330:461-64.
3. Wheeler MS, Pain assessment and management in the patient with mild to moderate cognitive impairment. *Home Healthcare Nurse* 2006;24(6):354-59.
4. Trabucchi M. Le demenze: un approccio multidisciplinare. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Ancona, Giugno 2004.
5. American Geriatric Society. The management of persistent pain in older person. *J Am Geriatr Soc* 2002;6:205-24.
6. Zinkhalen SMG, Hamers JPH, Abu-Saad HH, et al. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioral pain assessment tools. *B M C Geriatric* 2006; 6:3.
7. Lefebvre-Chapiro S. The DOLOPLUS_2 scale - evaluating pain in the elderly. *European Journal of Palliative Care* 2001;8:191-94.
8. Snow AL, Weber JB, O'Malley KJ, et al. NOPPAIN: a Nursing Assistant-Administered Pain Assessment Instrument for Use in Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17:240-46
9. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4:9-15.
10. Costardi D, Rozzini L, Costanzi C, et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2007;44(2):175-80.
11. Cohen-Mansfield. Relatives' assessment of pain in cognitively impaired nursing home residents. *J Pain Symptom Manage* 2002;33(3):238-46. ◀

(n.d.r.: nel numero precedente le Autrici hanno esaminato il problema del dolore nell'anziano senza deficit cognitivi)



Pain Nursing Magazine

Italian Online Journal

Pain Nursing Magazine-Italian Online Journal is a publication for nurses completely dedicated to pain patients and to those taking care of them - nurses as well as physicians - through the perspective of answering to a health question, but answering more and more urgent cultural, social and economic needs.

It's led by a Scientific Committee of international fame and by an Editorial Board of certain and recognized academic and cultural value. With such collaborations among the nurse and medical professionals, the magazine would aim to achieve the ambitious project of occupying an intellectual and scientific space of absolute importance and topical interests, wishing to offer a helpful tool of updating news and communication for those who suffer from chronic pain.

The magazine is quarterly published by the Paolo Procacci Foundation with the scientific cooperation of the Italian Association for the Study of Pain and of the Association for the Study of Pain of the Republic of San Marino.

The magazine is freely accessible after login.



EDITOR IN CHIEF
STEFANO COACCIOLI

Scientific Committee

Eli Alon
Caterina Aurilio
Alessandro Bertirrotti
Elisabetta Cortis
Giorgia Della Rocca
Serdar Erdine
Antonio Gatti +
Magdi Hanna
Raffaele Madaio
Franco Marinangeli
Rossella Marzi
Narinder Rawal
Alessandro F. Sabato
Annalisa Silvestro
Andrea M. Trescot
Giustino Varrassi
Kris Vissers
Shelagh Wright
Stefano Maria Zuccaro

Editorial Board

Nursing Team

Daniela Cobianchi
Elisabetta Ercolani
Manuela Galleazzi
Roberto Latina
Nicoletta Lombardi
Manuela Rebellato
Daniela Resta
Barbara Rosso
Marina Torresan
Marina Vanzetta

Medical Team

Chiara Angeletti
Daniele Battelli
Cristiana Guetti
Fabrizio La Mura
Ugo Pàstina
Alba Piroli
Mauro Ragosta
Riccardo Rinaldi

L'educazione terapeutica: educare per curare meglio

Therapeutic education for better treatment

M. Marina Torresan¹, Manuela Rebellato²

¹ Infermiera Counsellor, S.C. Terapia del Dolore e Cure Palliative, Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza, Presidio Molinette, Torino

² Infermiera Counsellor, Responsabile Counselling Ospedalizzazione a Domicilio, S.C.U. Geriatria e M.M.O., Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza, Presidio Molinette, Torino

RIASSUNTO

L'evoluzione dei rapporti curanti-paziente, con l'evidenziazione e l'affermazione di un nuovo ruolo del paziente relativo ai suoi diritti di poter scegliere cosa è meglio per lui, ha portato a un nuovo livello bioetico di fondo che si riflette in nuovi modi di concepire e stabilire i rapporti tra chi cura e chi riceve le cure.

Il Consenso Informato rappresenta certamente l'espressione del diritto di ogni uomo di poter compiere una scelta relativa al proprio corpo e alla propria persona, ma spesso queste scelte richiedono un livello di competenza non sempre accessibile a tutti. L'Educazione Terapeutica, all'interno del rapporto paziente-curanti, diventa perciò parte integrante del percorso di cura, sia come obiettivo per tutelare il diritto a decidere della persona, sia come strategia per facilitare la sua partecipazione attiva.

PAROLE CHIAVE: educazione terapeutica, relazione di cura, cronicità

ABSTRACT

The evolution of the relationship between patient and care providers, with the highlighting and the affirmation of a new role for the patient, concerning his rights to choose what is best for him, led to a new bioethical level which is reflected in new ways to conceive and establish the relationships between those who care and those who receive care.

The Informed Consent is certainly an expression of the right of everyone to be able to make a choice that applies to his/her body and to his/her own person, but often these choices require a level of expertise not always accessible to all. The Therapeutic Education, within the physicians-patient relationship, thus becomes an integral part of the treatment pathways, both as a goal to protect the person's right to decide, and as a strategy to facilitate its active participation.

KEY WORDS: care relationship, chronicity, therapeutic education

“La malattia è sintomo, prova e insegnamento”

Michel Demaison

Educare per curare meglio

Nel corso degli ultimi anni si è passati dalla situazione in cui il malato riceve e accetta senza discutere il trattamento che gli è prescritto

allo stadio del consenso informato e dell'educazione terapeutica, come strumenti di alleanza terapeutica in cui il paziente apprende la giusta consapevolezza per poter, da una parte accettare e condividere il percorso diagnostico-terapeutico proposto dai curanti, dall'altra acquisire le capacità per gestire la propria malattia (1). L'accresciuta incidenza delle malattie cronico-degenerative, e di conseguenza del numero di persone parzialmente o completamente

non autosufficienti, richiede a queste persone di essere sempre più coinvolte, con consapevolezza e responsabilità, nel loro progetto di cura, e quindi capaci di prendere decisioni importanti per la loro salute (2).

L'Educazione Terapeutica (ET) rappresenta per le professioni sanitarie uno strumento concreto e reale per rispondere alle esigenze dei cittadini, la cui patologia può portare alla progressiva perdita di autonomia. Rendere la persona affet-

Autore corrispondente

M. Marina Torresan

mtorresan@cittadellasalute.to.it

©2013 Fondazione Paolo Procacci Onlus

ta da una malattia cronica il più possibile autonoma nella gestione della propria condizione è una sfida e una opportunità, sia per i singoli professionisti sanitari, sia per i sistemi sanitari nel loro complesso. Tale sfida, etica ed economica, è di straordinaria importanza per il consistente miglioramento che l'educazione terapeutica può apportare alla qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie e per la sua positiva influenza sugli aspetti economici spesso aggravati da una scorretta gestione delle complicanze che possono insorgere proprio a causa della mancata conoscenza (3).

Nel rapporto tecnico OMS Regione Europa (1998) viene data la seguente definizione di ET: "l'educazione terapeutica del paziente dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. Si tratta, di conseguenza, di un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente. L'educazione implica attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione e sostegno psicologico concernenti la malattia, il trattamento prescritto, le terapie, il contesto ospedaliero e di cura, le informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute e di malattia. È finalizzata ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, cooperare con i curanti, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la loro qualità di vita".(4).

Partendo da questa definizione, si identificano diversi fattori che sono all'origine dell'ET (1):

a) i progressi della medicina permettono di vivere più a lungo con una malattia, a condizione che i

pazienti realizzino da soli alcune cure;

b) la crescita del numero di pazienti affetti da malattie che rendono impossibile una presa in carico individuale è in continuo aumento: delegare le competenze diventa pertanto una necessità;

c) il principio secondo il quale tutti sono capaci di autonomia e di autodeterminazione: il soggetto in qualità di malato ha capacità decisionali;

d) il concetto stesso di salute, considerato come un bene di natura complessa che conduce sempre di più le persone a considerarsi "produttori di salute" che operano scelte terapeutiche che ritengono spettino a loro.

L'ET si rivolge, quindi, a persone affette da una patologia e che sono portate a gestire la loro malattia, e il relativo trattamento, in collaborazione con i curanti, per periodi più o meno lunghi e spesso anche per tutta la vita. Il perdurare dello stato di malattia obbliga il paziente a scelte e comportamenti che investono la sua vita quotidiana (lavoro, studio, alimentazione, attività fisica, terapie farmacologiche e riabilitative, ecc.), oltre che la sfera dei sentimenti e delle emozioni provate. Diventano quindi necessari, affinché la persona possa affrontare al meglio la situazione di malattia, specifici interventi educativi che rendano il paziente **competente** (5). La competenza riguarda la comprensione che la persona ha di sé stessa, della malattia e del suo trattamento, delle sue capacità di auto-cura, di adattamento, di sorveglianza e di integrazione della terapia al proprio stile di vita. L'ET si prefigge, per questo motivo, il grande obiettivo di aiutare il paziente a sviluppare le proprie competenze di cura al fine di promuovere la

propria autonomia nella ricerca di conciliare al meglio i propri progetti di vita e le esigenze del trattamento, negoziando continuamente tra le sue conoscenze, il suo sistema di valori, le sue abitudini di vita e le norme terapeutiche. Il concetto di autonomia non può essere disgiunto da quello di **responsabilità**, che deriva proprio dai temi dell'educazione sanitaria, in quanto si tratta di far prendere consapevolezza ai cittadini che sono in parte responsabili del loro stato di salute e che, osservando sani stili di vita, potrebbero evitare di essere affetti da parecchie cause di mortalità e morbilità (6).

Il paziente con malattia cronica
Nell'ET del paziente affetto da malattia cronica bisogna però sottolineare, per quanto riguarda il concetto di autonomia, che il paziente non potrà mai essere completamente autonomo, perché deve ricorrere ai curanti, anche in assenza di riacutizzazioni della malattia, almeno per i regolari controlli; così, per il concetto di responsabilità, bisogna precisare che il renderlo responsabile non è della malattia in sé, ma della rapidità della comparsa delle sue complicazioni. Generalmente si tende a proporre al malato cronico una vita come "quella di tutti", una vita "quasi normale", ben sapendo che per vari aspetti il paziente non è affatto come tutti e che la sua vita non sarà mai normale (7). È necessario, quindi, che i curanti prendano coscienza dei limiti e delle eventuali contraddizioni del discorso sanitario attuale: il paziente con malattia cronica non è totalmente autonomo e non è completamente responsabile di tutto quello che gli succede, non vive in maniera del tutto normale e le cure che dobbiamo assicurarci gli rappresentano un carico

importante per sé stesso e per il suo ambiente familiare.

Questo nuovo orientamento culturale, che comporta al paziente di dover uscire dal suo stato tradizionale di dipendenza e passività verso i curanti, e alla società di riconoscere a ogni persona il diritto ad intervenire direttamente nelle scelte che lo coinvolgono, trova, nell'adesione a un percorso di ET, lo strumento che può restituire alla persona un'aspettativa e una qualità di vita sovrapponibili a quella della popolazione non malata.

■ Uno spazio in cui il paziente decide ciò che desidera essere

La dichiarazione OMS di Alma Ata nel 1976, "La salute per tutti nell'anno 2000", sottolinea il concetto che, parallelamente alle cure sanitarie, occorrono diversi livelli di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria): l'ET si colloca a livello tra la prevenzione secondaria e terziaria in cui alcuni fattori di rischio sono già presenti o in cui la malattia si è già manifestata e non può essere guarita, ma nella quale le complicanze prevedibili possono essere ritardate e l'eventualità del decesso può essere allontanato grazie alla partecipazione del paziente al suo trattamento e all'auto sorveglianza. Educare - dal latino ex ducere - letteralmente trarre fuori - ha insito il significato di far emergere le risorse, ossia le potenzialità della persona la cui partecipazione risulta centrale e determinante nel processo educativo (8). L'ET non si limita, pertanto, a un semplice passaggio di conoscenze (informazione) tra chi detiene il sapere (gli operatori sanitari) e chi non conosce (la persona o il gruppo di persone).

L'informazione, generalmente, è un processo passivo, diversamente dall'educazione che è un processo interattivo, focalizzato su colui che apprende. Certamente esiste una parte di informazione nel processo dell'ET, tuttavia, informare non basta a rendere il paziente competente. Diversamente dagli interventi di educazione alla salute, che cercano di trasmettere il messaggio di informazione più semplice possibile, l'educazione terapeutica affronta contenuti e argomenti complessi che necessitano di un apprendimento spesso lungo e continuo e in questo senso è una formazione (9).

L'educazione terapeutica è infatti una pratica complessa che implica una diagnosi educativa, una scelta di obiettivi di apprendimento, l'applicazione di tecniche di insegnamento, una valutazione pertinente.

La sfida è quella di affiancare con gradualità la persona affetta da patologia cronica con l'obiettivo di sostenerla, informarla, incoraggiarla, addestrarla perché, attraverso un'azione educativa globale, possa con la sua famiglia farsi carico dei suoi problemi di salute divenendo un decisore competente. È un percorso non facile, che ripercorre tutte le tappe della relazione d'aiuto e che, partendo dall'informazione, attraverso la comunicazione e il supporto di metodologie efficaci, conduce alla realizzazione del coping - capacità di far fronte - rispetto a situazioni che comportano difficoltà, rischio, revisione del proprio modo di vivere (2).

■ "Empowerment" del paziente e degli operatori

Oggi gli operatori sanitari sono

chiamati a modificare atteggiamenti e competenze posseduti, individuando le procedure di apprendimento più idonee per "quella persona", rafforzandone le capacità individuali per vivere e far fronte alla malattia (3).

Attraverso l'ET avviene quindi la ricerca dello sviluppo dell'empowerment del paziente, ma allo stesso tempo anche dell'empowerment degli operatori, con l'acquisizione di nuove competenze professionali e capacità per programmare e svolgere un progetto educativo nei confronti del paziente (6).

In questa relazione di cura non è in gioco solo uno scambio di competenze, ma l'incontro di due soggettività che entrano in una dinamica interpersonale. Per essere efficace la relazione terapeutica presuppone, sempre, non soltanto il prendersi cura della persona-paziente, ma presuppone, anche, l'insegnare a questa persona a prendersi cura di sé (10,11).

I professionisti sanitari, per educare, devono essere in grado di (12):

- adattare il proprio comportamento professionale ai pazienti, alle malattie, alle famiglie, alle risorse disponibili;
- comunicare in modo empatico con il paziente, tenendo in considerazione i suoi stati emotivi, le sue esperienze, le sue rappresentazioni mentali della malattia e del suo trattamento;
- insegnare ai pazienti a gestire il loro trattamento e a utilizzare le risorse sanitarie, sociali ed economiche disponibili;
- adattare costantemente i propri ruoli e le azioni a quelle del team assistenziale e saper interagire con gli altri operatori sanitari;
- aiutare i pazienti ad imparare e a gestire il loro modo di vivere;
- valutare le conoscenze, le capacità e le risorse possedute dalla per-

sona, dalla famiglia e dalla rete in cui è inserito per la continuazione del programma terapeutico a domicilio;

- informare e addestrare il paziente e i suoi familiari all'autocontrollo di segni e sintomi, di complicanze ed effetti terapeutici delle terapie seguite;
- educare i pazienti e familiari alla gestione delle crisi e dei fattori che interferiscono con la gestione normale della loro malattia;
- scegliere gli strumenti idonei per educare i pazienti e integrarli nell'assistenza al paziente e nel processo di apprendimento;
- valutare l'ET in termini di effetti terapeutici (clinici, biologici, psicologici, educativi, sociali, economici) per apportare modifiche appropriate, se necessarie.

Se i benefici dell'ET sono molteplici per il paziente e la sua famiglia, i vantaggi possono essere altrettanto significativi e importanti per il personale curante impegnato in questa attività (3).

Essi possono essere:

- il miglioramento e arricchimento della propria identità umana e professionale;
- un migliore clima nei rapporti interpersonali sul luogo di lavoro;
- una riduzione dello stress emotivo e della possibilità del burn-out;
- una maggiore gratificazione professionale derivante dall'opportunità di approfondire il rapporto interpersonale con i propri pazienti;
- la riduzione di equivoci, tensioni e conflittualità (anche in campo forense) con il personale curante dovuti al coinvolgimento attivo e alla responsabilizzazione di malati e familiari nei programmi di cura e sorveglianza della malattia.

L'ET può essere considerata, pertanto, una risorsa sia per il paziente, sia per i curanti.

Il contributo degli infermieri

Il contributo degli infermieri all'ET deve essere interpretato in relazione ai loro rapporti con i medici e in relazione allo sviluppo del loro ruolo specifico. Se ci si riferisce ai testi e alle affermazioni espresse nel tempo, sono senz'altro gli infermieri che per primi hanno riconosciuto la necessità di tenere in considerazione nella presa in carico del paziente una dimensione preventiva ed educativa (2). Nel 1918 la National League of Nursing affermava, precorrendo i tempi, che "la formazione abituale (degli infermieri, ndr) ... si limita allo studio della malattia, non considerando i fattori preventivi ed educativi, elementi essenziali della sanità pubblica e del ruolo sociale dell'ospedale". Nel 1937 la stessa organizzazione precisava: "l'infermiere è essenzialmente un insegnante e un agente di salute, qualunque sia il campo in cui esercita la sua attività".

Negli anni gli infermieri di tutto il mondo hanno investito moltissimo nell'ambito dell'educazione al paziente, ponendola come elemento fondante della professione. In Italia, dal 1994, anno di emanazione del D.M. 739 "Profilo professionale dell'Infermiere", gli infermieri sono impegnati a definire le proprie competenze e il proprio ruolo, definendo l'assistenza infermieristica di natura tecnica, relazionale, ed **educativa**. In un contesto sanitario, istintivamente, l'infermiere è considerato dal paziente l'operatore più disponibile, quello con cui è più facile dialogare, perché a un gradino più vicino al proprio livello di paziente. A differenza del medico e degli altri professionisti della salute, l'infermiere può essere maggiormente coin-

volto e fatto partecipe delle aspettative, delle speranze e dei timori del malato e più facilmente può fungere da educatore per promuovere l'adesione della persona al suo trattamento.

Anche altre professioni della salute come i fisioterapisti, le ostetriche, le dietiste hanno integrato l'educazione nelle loro pratiche, pur non avendo sentito la necessità di farne però un elemento fondante della loro professione, come è successo per gli infermieri.

Attualmente esiste un accordo unanime nell'affermare che l'ET trova la massima realizzazione all'interno di équipe multi-professionali e gli stessi medici, che tendevano in passato a delegare questa pratica agli infermieri, oggi reinvestono in questo campo, avendo preso coscienza della pertinenza di essa con le cure mediche.

Occorre sottolineare che l'ET pone ai medici, agli infermieri e agli altri professionisti, il problema di imparare a esercitare il mestiere di educatori non a uno studente o un pari, ma a una persona (il malato) i cui valori, rappresentazioni, conoscenze, possono essere molto lontani da quelli del curante. Impegnandosi in percorsi di ET, i curanti accettano non solamente un nuovo modo di relazionarsi con i pazienti e i loro familiari, ma anche un altro tipo di responsabilità. Questo orientamento richiede, necessariamente, una **formalizzazione** dell'attività di educazione e l'organizzazione di veri e propri programmi di ET che comportino tecniche pedagogiche, documenti, sequenze che ancor oggi restano relativamente nuove in un servizio assistenziale (12).

Conclusioni

Nell'attuale scenario sanitario, che

vede un progressivo aumento delle patologie croniche, l'ET è sempre più indispensabile nella presa in carico del paziente con malattia cronica. Per questo i numerosi ostacoli (carenza di risorse umane e finanziarie, lavoro in team insufficiente, tradizioni e cultura delle professioni sanitarie) che impediscono la sua attuazione devono essere rimossi, al fine di sostenere la persona a raggiungere il più possibile quella autonomia e responsabilizzazione nel rapporto e nella gestione del proprio stato di salute, che difficilmente potrebbe realizzare senza l'educazione di professionisti formati all'ET.

In questa logica e nel pieno rispetto delle competenze riconosciute dai profili di appartenenza, i professionisti hanno bisogno di costruire, esercitare, sperimentare durante i percorsi di formazione, e in ambiente protetto, abilità e metodi che li aiutino a diventare i professionisti della salute di cui i cittadini hanno oggi bisogno (12).

L'implementazione di strategie per promuovere programmi di ET necessita, pertanto, di forti sostegni di tipo istituzionale e organizzativo; senza questi supporti, il percorso verso questo obiettivo sarà difficoltoso e i risultati non potranno che essere limitati e incompleti.

Per gli operatori sanitari che decidono di impegnarsi in un progetto di educazione terapeutica nelle proprie realtà operative, la scelta rappresenta non solo uno spazio d'incontro tra curanti, pazienti e familiari, ma anche un "punto di non ritorno" nella propria vita professionale, un'esperienza profonda che modifica il proprio modo di rapportarsi a sé e agli altri.

Bibliografia

1. D'Ivernois JF, Gagnay R, Educare il paziente. Un approccio pedagogico. McGraw-Hill, 2009.
2. Ferraresi A, Galani R, Manfredini M. Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni. Roma: Carocci, 2004.
3. Laveder F, L'educazione terapeutica: una risorsa per malati e curanti. L'arco di Giano, 2003.
4. WHO. Therapeutic Patient Education-Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Prevention of Chronic Diseases- Report of a WHO working group, 1998.
5. Marcolongo R, Rigoli A. Educazione terapeutica per Pazienti. Icaro n° 28/2000.
6. L'educazione come terapia. L'Arco di Giano, Editoriale n° 18/1998.
7. Lacroix A, Assal JP, Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica. Torino: Minerva Medica, 2005.
8. Dalponte A, Olivetti Manoukian F, eds. Lavorare con la cronicità. Formazione, organizzazione, rete dei servizi. Roma: Carocci Faber, 2004.
9. Zannini L. L'educazione del paziente. In: Auxilia F, Pontello M. Educazione sanitaria. Strategie educative e prevenzione per il paziente e la comunità. Padova: Piccin, 2012.
10. Di Giulio P. L'assistenza come terapia. L'infermiere, 1/2000.
11. RNAO (Registered Nurses Association of Ontario). Establishing therapeutic relationships. July 2002 (traduzione italiana a cura di Calanchi S., Centro Studi EBN, AOU di Bologna-Policlinico S.Orsola-Malpighi. www.evidencebasednursing.it).
12. OMS Ufficio Regionale per l'Europa, Copenhagen, Educazione terapeutica del paziente. Programmi di formazione continua per operatori sanitari nel campo della prevenzione delle patologie croniche. Rapporto di un gruppo di lavoro dell'OMS 1998 (traduzione italiana a cura del CeSPI, Torino 2007). ◀

39°

CONGRESSO
NAZIONALE

AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

26-28

MAGGIO

2016

ROMA

HOTEL NH ROMA MIDAS



FONDAZIONE
Paolo Procacci
FOUNDATION
Comprendere e curare il dolore
Understanding and curing pain



Dolore in popolazioni speciali: anziani con deficit cognitivi

Pain in Special Populations: Mentally Impaired Elderly

Chiara Angeletti¹, Cristiana Guetti², Martina Paesani³, Paolo Matteo Angeletti⁴, Nicoletta Melozzi³, Serena Ferrara³, Antonella Paladini⁴, Giustino Varrassi⁵

¹ Operative Unit of Anesthesia, Intensive Care and Pain Medicine, "G. Mazzini" Civil Hospital, Teramo, Italy

² Operative Unit of Anesthesia, Intensive Care and Pain Medicine, Hospital of San Lazzaro, Alba, Cuneo, Italy

³ Anesthesia Nursing Team, "G. Mazzini" Civil Hospital, Teramo, Italy

⁴ Anesthesiology and Pain Medicine, Department of Health Sciences, University of L'Aquila, Italy

⁵ Former Full Professor, Anesthesiology and Pain Medicine, Department of Health Sciences, University of L'Aquila, Italy, President of the Paolo Procacci Foundation

RIASSUNTO

La gestione del dolore acuto nei pazienti anziani può rivelarsi densa di difficoltà. L'età avanzata genera alterazioni dello stato funzionale generale e causa importanti cambiamenti a livello farmacocinetico e farmacodinamico, incrementando il rischio di tossicità e interazioni detrimentali tra farmaci.

Ciononostante, l'impatto negativo del dolore sul benessere e sulle funzioni organiche generali negli anziani suggerisce che, in questa categoria di pazienti la qualità del trattamento antalgico deve essere considerata come l'elemento più importante per una veloce dimissione e recupero funzionale. I cambiamenti para-fisiologici, associati all'invecchiamento, della neurobiologia, del SNC e del dolore, modificano sensibilmente la soglia del dolore, la tolleranza a stimoli nocicettivi e, di conseguenza, questi cambiamenti producono i loro effetti sul metabolismo dei trattamenti farmacologici.

La differente percezione del dolore, da parte di questi pazienti, deve indurre il terapeuta a modifiche nella valutazione del dolore, specialmente nei pazienti con deficit cognitivi. La valutazione del dolore acuto negli anziani con demenza e/o altri disturbi psichici ha naturalmente un forte impatto pratico in termini di adeguatezza e di efficacia nel trattamento del dolore. Questa analisi introdurrà molteplici elementi critici, dalla neurobiologia del dolore negli anziani alle valutazioni specifiche nei deficit cognitivi, con l'obiettivo di evidenziare alcuni aspetti e renderli identificativi, al fine di un miglior approccio possibile, per la gestione ottimale del dolore nei pazienti anziani.

PAROLE CHIAVE: anziani, deficit cognitivi, dolore

ABSTRACT

The management of acute pain in elderly patients can turn out to be a difficult challenge. Aging causes alterations of the general functional status and critical pharmacokinetic and pharmacodynamic changes, increasing the risk of toxicity and drug interactions. Nevertheless, the detrimental effect of pain on well-being and global functions in the elderly suggests that the quality of pain care has to be regarded as the most important element for early recovery of these patients. The para-physiological changes associated with the aging of CNS neurobiology and pain, significantly modify the pain threshold, the tolerance to nociceptive stimuli and, consequently, these changes have their effects on the metabolism of drugs how drugs treatments are metabolized. The difference of pain perception by these patients. The difference in pain perception of these patients, must be for the pain therapist the important hint about how differently pain should be evaluated, particularly in patients with cognitive impairments. Assessment of acute pain in elderly people with dementia, and/or other psychological disorders, has practical impacts in term of adequacy and efficacy of the pain treatment. This review will introduce several aspects, from neurobiology of pain in elderly to specific assessments in cognitive impairments, in order to highlight these issues as cornerstones of the better possible care approach to acute pain in elderly.

KEY WORDS: cognitive impairment, elderly, pain

Autore corrispondente

Martina Paesani

martina.paesani77@gmail.com

©2014 Fondazione Paolo Procacci Onlus

Introduzione

Gli anziani molto spesso soffrono contemporaneamente di problematiche dolorose sia acute che croni-

che, ma l'attenzione della ricerca e della clinica che viene rivolta alla valutazione del dolore nella popolazione geriatrica è relativamente modesta, rispetto a quanto avviene invece per la popolazione in gene-

rale (1). Il dolore è una delle manifestazioni sintomatologiche più frequenti nei pazienti anziani e specialmente nelle sue accezioni croniche esso diventa una "malattia" di per sé, spesso definita come tale alla stregua di una co-morbidità. Le stime prevalenti indicano che circa il 60% degli anziani sul territorio, fino all'80% degli anziani residenti in strutture di lungodegenza, è affetto da "dolore" (2,3).

La gestione del dolore nella popolazione geriatrica rappresenta una vera sfida a causa di aspetti legati alle co-morbidità, alla polifarmacoterapia e soprattutto al coesistere di disturbi cognitivi. La valutazione del dolore nella popolazione anziana richiede la misurazione dell'intensità del dolore, dell'efficacia degli oppioidi, nonché l'evidenziazione dell'impatto del dolore, rispettivamente sulla sfera psicologica, sociale, spirituale ed esistenziale del paziente sofferente (4). Le conseguenze del dolore non trattato possono modificare profondamente la qualità di vita dell'anziano, poiché oltre alle modificazioni fisiologiche e para-fisiologiche, si manifestano depressione, deficit delle funzioni cognitive, disturbi del sonno, problemi di socializzazione, con incremento dell'accesso ai servizi sanitari e conseguente innalzarsi dei costi per il Sistema Sanitario.

Tutte queste problematiche sono direttamente associate alla presenza di dolore nell'anziano. È necessaria un'ottimizzazione delle strategie di gestione del dolore, con l'obiettivo di ridurre i rischi associati al trattamento farmacologico. Il paracetamolo e i FANS giocano un ruolo prioritario nel trattamento del dolore. L'evidenza attuale di una potenziale tossicità sia dei FANS non selettivi, sia degli inibi-

tori della COX2, ha indotto ad una rivalutazione del loro utilizzo (5-7). L'impiego dei FANS ha un particolare impatto sugli anziani, i quali sono maggiormente esposti al rischio di eventi avversi legati al loro consumo.

Come suggerito da recenti linee guida, la scelta di analgesici topici, dimostratisi più sicuri ed efficaci negli anziani rispetto a somministrazioni orali, può essere di grande utilità nella gestione di situazioni acute (8).

Per quanto riguarda gli oppioidi, la conoscenza delle specificità farmacocinetiche, del corretto dosaggio analgesico e degli effetti collaterali, è necessaria per un utilizzo sicuro ed efficace. Utilizzare in maniera appropriata i farmaci coadiuvanti analgesici come antiepilettici, antidepressivi e anestetici locali, può essere associato all'impiego degli oppioidi, specialmente nei casi di dolore neuropatico (9).

La promozione, sia per il paziente che per gli addetti all'assistenza sanitaria, di un'opportuna educazione sulle tematiche del dolore, il trattamento dello stesso e i farmaci appropriati, è un passo essenziale per ridurre prescrizioni inadeguate, auto prescrizioni e insorgenza degli effetti collaterali (10). Negli anziani sono più frequenti molte sindromi e/o patologie disfunzionali, che possono anche portare a dolore acuto severo. Le più frequenti sono la riesacerbazione dell'artrite nelle sue varie forme e distretti, le fratture da osteoporosi, il dolore neoplastico ma anche il dolore derivante da altre affezioni organiche, come cardiopatia ischemica, herpes zoster, vasculopatia periferica, neuropatia diabetica, ulcere da decubito, frattura di anca e/o depressione. Molti fattori possono combinarsi per rende-

re più difficile un controllo efficace del dolore acuto negli anziani rispetto ai pazienti più giovani. Una maggiore incidenza di diverse patologie coesistenti e terapie polifarmacologiche concorrenti, possono incrementare il rischio di interazioni farmaco-farmaco e patologia-farmaco (11). Essenziale il concetto di fragilità che riassume diversi e specifici sintomi e segni che ben descrivono la vulnerabilità di questi pazienti a fattori di stress così come risulta essere il dolore acuto (12). L'anziano fragile soffre di astenia, affaticamento, più o meno severi deficit cognitivi, perdita di equilibrio, rallentamento motorio e limitazione al movimento fino a vera e propria perdita di alcune funzioni. Il trattamento del dolore in questi pazienti fragili è cruciale per aumentare il loro comfort e la soddisfazione nei trattamenti, così da raggiungere buoni risultati complessivi (9). Le differenze legate all'età nell'elaborazione dei processi dolorosi potrebbero fornire potenzialmente una spiegazione dell'aumento della vulnerabilità dell'anziano rispetto al dolore acuto e cronico.

■ Fisiologia e percezione del dolore negli anziani

La letteratura sui cambiamenti neurotrasmettitoriali, e sulla associata differenza della morfologia cerebrale in età avanzata, ha già un largo riconoscimento per quanto riguarda la diminuzione del volume di specifiche aree del cervello, che determina il ben noto incremento del volume ventricolare. Ciò che è noto come atrofia cerebrale senile e idrocefalo normoteso dell'anziano. Lo studio delle sezioni trasversali e longitudinali descrivono l'ippocampo, la corteccia prefrontale, la cor-

teccia temporale inferiore, il cervelletto e il nucleo striato come le aree cerebrali maggiormente soggette a diminuzione di volume con l'avanzare dell'età (13). Evidenze scientifiche hanno indicato come diversi fattori (decremento neuronale, perdita delle spine dendritiche, riduzione delle sinapsi) sono la vera base isto-patologica della rarefazione della materia grigia nelle circonvoluzioni in età avanzata (14). Probabilmente anche la perdita di sostanza bianca contribuisce al sostanziale decremento del volume cerebrale (15). In relazione alla processazione degli stimoli nocicettivi con un malfunzionamento del sistema di trasmissione del dolore sono state largamente dimostrate numerose alterazioni nella struttura, neurochimica e funzione del sistema nervoso centrale (SNC) e sistema nervoso periferico (SNP), compreso il deterioramento delle vie neurotrasmettitoriali oppioidergiche o dei sistemi serotoninergici e dopaminergici, associati. La corteccia prefrontale e l'ippocampo sono i più importanti componenti del SNC coinvolti nell'atrofia legata all'invecchiamento. Le aree posteriori del cervello (midollo allungato) cruciali per la decodifica e la risposta all'input doloroso (connessioni discendenti modulatorie delle corna posteriori) conservano le stesse dimensioni con l'avanzare dell'età. Anche la neurochimica del cervello è soggetta a cambiamenti legati all'invecchiamento, con una sostanziale diminuzione di dopamina e serotonina (16,17). L'atrofia degli assoni è più difficilmente dimostrabile. Il peggioramento con l'avanzare dell'età della conduzione neuronale e dell'emodinamica endocerebrale e liquorale si accompagna a numerosi fattori che contribuiscono anche alla riduzio-

ne dell'attività nervosa periferica (18). I nervi periferici mostrano un decremento nella densità sia delle fibre nervose periferiche mieliniche, sia, in modo particolare di quelle a-mieliniche. Negli anziani un incremento nel numero di fibre con segni di danneggiamento o degenerazione si manifesta con un decremento della velocità di conduzione a livello delle terminazioni nervose. Studi sugli animali mostrano che l'invecchiamento ha effetti significativi sulla morfologia e sui meccanismi bio-funzionali del SNP (19). In osservazioni condotte nei topi da laboratorio, sono state rilevate riduzioni della sostanza P, del peptide gene-correlato della calcitonina (CGRP), mentre i livelli di somatostatina hanno mostrato livelli sovrapponibili ai controlli. Se le fibre si rigenerano, questi assoni hanno meno sinapsi terminali e collaterali, il risultato è una trasmissione e modulazione anomala degli stimoli nocicettoriali.

Nei topi di laboratorio in età avanzata è anche stato dimostrato che c'è una graduale degenerazione delle vie serotoninergiche che noradrenergiche della lamina superficiale del corno dorsale (20). Questi neuroni controllano la funzione di modulazione delle vie discendenti inibitorie bulbospinali, e tale deficit può interrompere i meccanismi endogeni di controllo del dolore. A livello sovraspinale, si può verificare un deficit di neurotrasmissione (21) per il decremento del turnover metabolico e per la riduzione dei neuroni e delle proiezioni dendritiche che attraversano tutta la corteccia cerebrale, il mesencefalo e le aree posteriori del cervello (22). Di pari passo, quindi, vanno la diminuzione dei neuroni noradrenergici e serotoninergici con l'indebolimento dei

meccanismi inibitori discendenti. Probabilmente questo potrebbe spiegare la diminuzione della tolleranza al dolore osservata nelle persone anziane. In relazione all'invecchiamento è stata dimostrata la perdita dei neuroni e delle proiezioni dendritiche nel cervello, sia a livello spinale che periferico come nella corteccia cerebrale, comprendendo anche le aree coinvolte nei processi nocicettoriali. È ovvio che tali differenze neurotrofiche, per lo più molecolari, hanno una differente incidenza reale e macroscopica, sulla qualità della vita dei pazienti e aumentano le soggettive necessità di trattamento per i pazienti più anziani, quanto più spiccate esse si presentano. I cambiamenti nei pattern recettoriali periferici sono indicati come elementi responsabili dell'aumento della soglia del dolore con l'invecchiamento, con evidenze sperimentali che documentano l'aumentato contributo delle fibre C nocicettive, in aggiunta alla perdita di fibre A (23). Esistono importanti esperienze cliniche sulla soglia e la tolleranza al dolore. Gibson, nel 2003, ha condotto una metanalisi che ha esaminato più di 50 studi nei quali sono state osservate differenze di sensibilità al dolore indotto in relazione a diverse fasce d'età. I risultati finali hanno indicato che c'è una netta evidenza dell'aumento della soglia del dolore con l'avanzare dell'età anche in relazione al tipo di dolore indotto (24). Un altro studio ha inteso stimare la diminuzione della tolleranza al dolore; Lasch et al hanno infatti esaminato la risposta al dolore causato da dilatazione viscerale da pallone intraesofageo in campioni di giovani in buona salute e negli anziani (25). È stato misurato il volume di aria presente nel pallone nel momento in cui

il soggetto riferiva dolore.

Il volume di aria percepito come doloroso per il paziente era significativamente maggiore negli anziani. Le persone anziane sembrerebbero estremamente tolleranti rispetto ai pazienti più giovani, e la maggior parte di essi non riferisce dolore persino dopo aver gonfiato il pallone al massimo livello (26). Un altro cambiamento fisiologico influenza il dolore negli anziani, ovvero la ridotta densità dei recettori oppioidi. Questi recettori cerebrali risultano depauperati a livello centrale, ma non quelli del midollo spinale, ci potrebbe essere anche una diminuzione degli oppioidi endogeni. Sono state osservate le conseguenze funzionali di tali dati anatomici, mediante lo studio con la più recente diagnostica per immagini quale la risonanza magnetica funzionale (MRI/fMRI) che dimostra una sostanziale sovrapposizione delle aree che attivano la risposta nel cervello a stimolazioni dolorose acute (27). Queste osservazioni sperimentali potrebbero essere trasformate in elementi clinici, dove il dolore è il risultato di un danno tissutale, suggerendo come qualche deficit nella funzione di risposta precoce ad uno stimolo nocivo potrebbe causare un danno tissutale peggiore (27). Per esempio, nei pazienti con coronaropatia acuta, la severità del dolore precordiale è in contrasto con una soglia del dolore più bassa (28); pazienti coronarici con dolore avvertito come lieve potrebbero ricevere trattamento in ritardo.

■ Valutazione del dolore acuto negli anziani

Studi condotti su persone anziane dimostrano che una corretta valutazione del dolore migliora la qualità della cura, sia in termini di som-

ministrazione degli analgesici che di strategie terapeutiche, permettendo maggiori successi nelle condizioni di dolore acuto (29,30).

Oltre alla valutazione è necessaria anche una frequente ri-valutazione nel tempo del dolore per stabilire un corretto dosaggio finale e titraggio degli analgesici oppioidi negli anziani.

Potenziati ostacoli per una corretta valutazione del trattamento del dolore includono anche aspetti psicologici dei pazienti anziani, quali:

- ansia;
 - depressione;
 - disturbi cognitivi;
 - problemi alla vista e all'udito;
 - isolamento sociale o familiare;
- così come la principale barriera culturale rappresentata dalla errata convinzione che il dolore possa essere una normale componente dell'invecchiamento.

Il trattamento del dolore negli anziani inoltre si scontra con problemi farmacodinamici e farmacocinetici da tenere attentamente in considerazione (31,32). Sono stati descritti e somministrati a pazienti anziani numerosi test o scale, essenziali strumenti di valutazione del dolore (33). Pazienti sani dal punto di vista cognitivo sono valutati attraverso la Verbal NRS (Verbal Numeric Rating Scale) e dalla VDS (Verbal Description Scale) (34).

Queste sono le scale di valutazione del dolore acuto più facili da impiegare e più comunemente usate, ben applicabili e accettate dai pazienti (35). La VAS (Visual Analog Pain Scale) presenta con l'aumentare dell'età del paziente una più alta frequenza di risposte incomplete o scarsamente valutabili (36). La VDS sembra essere uno strumento più sensibile e specifico per la misurazione del dolore negli anziani rispetto alla NRS, ma risulta essere mag-

giormente efficace solo in minima parte in assenza di deficit mentale (37).

■ Gestione del dolore in pazienti anziani con demenza e deficit cognitivo

La valutazione e il trattamento del dolore in persone anziane affette da deficit cognitivo rappresenta attualmente una delle sfide più complesse. Per deficit cognitivo si intende il difetto o più difetti nel processo attraverso il quale la persona percepisce, codifica, immagazzina, recupera e usa un'informazione. Molteplici condizioni possono portare deficit cognitivo:

Demenze

- malattia di Alzheimer, AD
- demenza vascolare, VD
- demenza frontotemporale, FTD
- malattia di Parkinson con demenza, PDD
- malattia dei Corpi di Lewi
- morbo di Creutzfeldt-jakob
- delirio
- accidenti cerebrovascolari
- stato di incoscienza, ICU, intubazione
- depressione severa
- psicosi
- disabilità mentale
- coma, stato vegetativo persistente
- encefalopatie
- malattie terminali.

L'invecchiamento rappresenta il maggior fattore di rischio per l'insorgenza sia di demenza che di dolore, che della loro coesistenza. Il graduale e progressivo invecchiamento della popolazione nel mondo occidentale condurrà, nei prossimi decenni, ad un aumento del numero di anziani che soffrono di demenza associata a condizioni dolo-

rose. Demenza e dolore sono fenomeni complessi, considerando i diversi sottotipi di demenza, e i diversi modi in cui il dolore si esprime (dolore nocicettivo, neuropatico, centrale). Gli aspetti clinici della demenza, inclusi i deficit di memoria, i disturbi nella funzione esecutiva, l'afasia, l'aprassia e l'agnosia, interferiscono progressivamente su tutti gli aspetti delle funzioni cognitivo-comportamentali degli individui. L'incapacità ad usare il linguaggio verbale rappresenta l'ostacolo maggiore, oltre che un fattore di possibile fraintendimento, per l'identificazione e il trattamento del dolore in questi pazienti. Con l'instaurarsi del deficit del linguaggio, l'abilità di comunicare verbalmente attraverso segni non-verbali o con la scrittura, nonché la facoltà di comprendere tali codici, può venir compromessa severamente. La progressiva perdita di abilità introspettive e di comprensione degli stati interiori è, se possibile, ancora più importante, essendo questi processi essenziali per identificare le sensazioni e le emozioni legate alla percezione del dolore.

Ci sono due ulteriori barriere culturali difficili da superare: primo, la convinzione che nulla può essere fatto per i pazienti con demenza; secondo, le persone affette da demenza non percepiscono il dolore, quindi non necessitano di farmaci o di altri interventi specifici per il trattamento del dolore (38) entrambe le affermazioni sono confutate dalle evidenze scientifiche. I pazienti con deficit cognitivo soffrono di malattie e condizioni dolorose esattamente quanto i pazienti cognitivamente sani della stessa età; ma il numero di casi riportati e trattati per le varie condizioni dolorose decresce con l'aumentare di deficit cognitivo (39,40). Comunque, studi su pazienti con demenza fanno ritene-

re mendace l'affermazione che essi sperimentino meno la sensazione dolorosa rispetto agli altri (41,42). I processi relativi agli aspetti sensoriali avvengono nel sistema talamico e spinale laterale del dolore, mentre gli aspetti emotivi, affettivi, cognitivi, la memoria del dolore e le risposte neuro-endocrine vengono processate dal sistema mediale sopra e sotto-spinale (43). La distinzione fra questi aspetti del dolore e i due sistemi neurotrasmettitoriali del dolore ha mostrato la sua importanza in molteplici studi clinici e sperimentali sul dolore in diversi sottotipi di demenza.

Altri studi hanno evidenziato che a livello somato-sensoriale le risposte agli stimoli dolorosi in pazienti con deficit cognitivo e pazienti cognitivamente sani, sono equivalenti; ovvero lo stimolo doloroso viene adeguatamente percepito (sistema laterale del dolore), (44,45). Tuttavia, è stato osservato che i processi di trasmissione del dolore che coinvolgono aree del sistema mediale (come il giro cingolato anteriore) in pazienti con demenza severa, risultano compromessi (46). Benedetti et al. hanno osservato che la soglia del dolore (aspetto sensoriale discriminativo) dei pazienti con Alzheimer non differisce da quella di anziani senza demenza, laddove invece, la tolleranza al dolore (aspetto emotivo/affettivo) aumenta significativamente nel gruppo di pazienti con Alzheimer (47).

Queste scoperte hanno mostrato chiaramente che le aree che appartengono al sistema mediale del dolore (come i nuclei intralaminari talamici) giocano un ruolo importante nel processo emotivo-motivazionale-affettivo del dolore e sono severamente colpiti nella malattia di Alzheimer (48). Al contrario, le aree sensoriali primarie (il sistema laterale del dolore) rimangono relativa-

mente preservate nella malattia di Alzheimer, il che spiega la soglia nocicettoriale immutata (49). I pazienti con malattia di Alzheimer, nonostante percepiscano la presenza del dolore, possono sperimentarne l'intensità e gli aspetti emotivi con intensità differente. Di conseguenza, le persone con demenza possono comprendere scarsamente il significato della sensazione e il suo giusto posizionamento nel contesto emozionale. Questo potrebbe potenzialmente spiegare le risposte comportamentali atipiche osservate in questa popolazione di pazienti (ad esempio espressioni accigliate o spaventate, combattività, ritrosia, agitazione) (50,51). Nella malattia di Alzheimer e nella demenza frontoparietale il cambiamento nel processo delle componenti emotive del dolore sperimentale (maggiore tolleranza) sembra ricalcare il decremento rilevato anche nel dolore come esperienza clinica (52,53).

Un'analisi completa della neuropatologia di questi disordini indica che l'atrofia della corteccia prefrontale nella demenza frontotemporale, e le lesioni della sostanza bianca nella demenza vascolare, potrebbero essere responsabili dei rispettivi incrementi e decrementi clinicamente osservati negli aspetti emotivo-affettivi del dolore (48). Benedetti et al. hanno inoltre valutato la risposta placebo delle terapie analgesiche osservando gli effetti dell'anestetico locale post-venipuntura somministrato apertamente oppure di nascosto a pazienti con Alzheimer; i pazienti con punteggi ridotti di Frontal Assessment Battery (FAB, uno strumento di misurazione della funzione esecutiva frontale) mostravano una componente placebo ridotta e richiedevano un incremento del dosaggio per una analgesia adeguata (54).

Un'altra forma molto comune di de-

ficit cognitivo acuto nei pazienti anziani è rappresentato dal delirio e dalla confusione. Questa condizione è associata con l'incremento della morbilità postoperatoria, riabilitazione postoperatoria inefficace e ospedalizzazione prolungata (55). Il delirio è più comune durante le malattie acute nelle persone anziane e compare fino all'80% dei pazienti nel periodo postoperatorio, a seconda del tipo di intervento. In un'analisi sistematica, Newman et al. hanno confermato che la disfunzione cognitiva postoperatoria (POCD) è relativamente comune nella chirurgia non-cardiaca e che i pazienti più anziani sono particolarmente a rischio (56).

Fattori di rischio associati con lo sviluppo del delirio sono:

- età avanzata
- infezione
- demenza progressiva
- depressione pregressa
- ipossiemia e ridotta saturazione di O₂ cerebrale
- disintossicazione da sostanze (es. alcol, benzodiazepine)
- squilibrio idro-elettrolitico
- dolore sotto-trattato
- farmaci ad attività anticolinergica centrale: atropina, antidepressivi triciclici, tranquillanti maggiori, alcuni antiemetici
- benzodiazepine
- oppiacei
- ketamina
- ipoglicemizzanti orali
- FANS
- anticonvulsivanti

■ Valutazione del dolore negli anziani con deficit cognitivo

Spesso i medici credono che le persone anziane con deficit cognitivo avvertano e vivano il dolore in mi-

sura minore, ma i risultati emersi da indagini cliniche suggeriscono che questo potrebbe non essere lo scenario reale. Il modo in cui la sensazione dolorosa viene interpretata dall'anziano e/o dal paziente demente può avere un impatto sulle espressioni del dolore (p. es. vocalizzazioni, espressioni facciali, movimenti e posture, attività e comportamenti) e su come vengono interpretate dall'osservatore (38). Proprio in questo risiede la sfida di una corretta valutazione. Procedure raccomandate per l'identificazione del dolore in questa popolazione sono state proposte dagli esperti e basate sull'assunto che le condizioni dolorose affliggono allo stesso modo quelli che possono e quelli che non possono riferirle (57,58). La comunicazione dei sintomi da parte del paziente viene considerata la chiave per determinare e quantificare la severità del dolore e molte persone con demenza posseggono questa abilità; tentare di ottenere ciò direttamente dal paziente anziano è un primo passo raccomandato. Strumenti di valutazione del dolore semplici, validi e affidabili, includono scale descrittive verbali, scale analogiche del dolore (verbali e numeriche) e scale della mimica facciale (58). Nel caso in cui la comunicazione da parte del paziente non sia ritenuta attendibile, bisognerà usare metodi diversi, inclusa l'osservazione di comportamenti chiave (p.es., mimica facciale, sguardo), che può essere effettuata dal sanitario, o anche mediata dai resoconti di assistenti e familiari. Generalmente, le scale di autovalutazione del dolore possono essere usate con affidabilità nella maggior parte degli anziani con deficit cognitivo da lieve a moderato, e in un numero significativo di anziani con deficit severo.

Comportamenti come irrequietez-

za, minacciosità, smorfie, oppure borbottare o emettere altri suoni e vocalizzazioni atipiche, sono stati usati in diversi tentativi di valutazione della severità del dolore; comunque essi potrebbero non essere sempre dei validi indicatori di dolore nell'adulto "non-verbalizzante" (40), essendo di difficile interpretazione (41). Suoni emessi e mimica facciale possono essere indicatori accurati della presenza di dolore, ma non della sua intensità nei pazienti con demenza avanzata (41). Nel corso degli ultimi quindici anni, sono stati sviluppati diversi strumenti, basati sull'osservazione dei comportamenti, per la valutazione del dolore negli adulti "non-verbalizzanti" con diversi gradi di demenza; quelli disponibili e testati nella valutazione del dolore acuto sono descritti nella Tabella 1 (59,60).

■ Conclusioni

È difficile raggiungere una conoscenza profonda dell'interazione dinamica fra i cambiamenti cerebrali di natura strutturale e funzionale legati all'invecchiamento. Così come è altrettanto difficile creare uno schema o un algoritmo semplice per il trattamento del dolore nei pazienti geriatrici. Se è vero che l'impatto dei cambiamenti strutturali del cervello, legati all'invecchiamento, modificano le risposte organiche allo stimolo doloroso, risulta allora necessario adottare un approccio multimodale che integri le valutazioni sul comportamento, sullo stato cognitivo e sulla funzione cerebrale globale dell'individuo. Sarebbe, in effetti, raccomandabile non costruire un'ipotesi diagnostica o un piano assistenziale basandosi solo sull'età del paziente.

Tutti i pazienti hanno bisogno di un approccio individuale e percorsi dia-

| SCALE DI VALUTAZIONE DEL DOLORE | DESCRIZIONE | COMMENTI |
|---|--|---|
| Abbey Pain Scale | Sei domande basate sull'osservazione della vocalizzazione, delle espressioni facciali, del linguaggio del corpo, dei cambiamenti comportamentali, fisiologici e fisici. | Residente in RSA con demenza allo stato avanzato. Tempo di somministrazione <1 minuto. |
| Assessment of Discomfort in Dementia Protocol (ADDP) | Osservazioni multiple con checklist (sintomi fisici, cambiamenti comportamentali, disturbi del sonno), utilizzo di misure non-farmacologiche per il comfort, utilizzo appropriato dei medicinali, collaborazione con il resto del team di assistenza, e documentazione dei protocolli di assistenza. | Lungodegenti. Protocollo che si sofferma sia sulla valutazione del discomfort, sia sul trattamento e l'uso di farmaci psicotropi. Non utilizzabile in emergenza. |
| Checklist degli indicatori di dolore non verbali | Sommatoria dei punteggi di 6 indicatori non verbali (vocalizzazioni, smorfie vitalità, grattamento, irrequietezza, lamentela verbale) osservati a riposo e in attività. | Pazienti cognitivamente sia sani che con deficit, con frattura di femore, durante il trasferimento dal letto alla sedia. Più appropriata per la valutazione del dolore nell'assistenza in acuto e in situazioni di dolore procedurale. |
| Non communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN): Strumento per la valutazione del dolore somministrato da assistenti infermieristici. | Osservazioni sull'intensità delle risposte al dolore con segnali verbali e visivi durante lo svolgimento delle attività di assistenza quotidiana (mettere e/o trasferire il paziente dal letto, girarlo, lavarlo, vestirlo, nutrirlo, etc.) | Osservazioni generalmente non accertabili in emergenza (bagno a letto, medicazioni, etc) Residenti in RSA. Meno di 5 minuti per il completamento. |
| PACSLAC: Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate | Checklist per l'osservazione di 60 fra indicatori sociali della personalità e dell'umore come espressioni facciali, attività, movimenti e posture, e comportamenti fisiologici come alimentazione, ciclo sonno/veglia, vocalizzazioni. | Pazienti e residenti in RSA con Demenza e abilità comunicativa limitata. |
| PACSLAC-D-Revised | Versione abbreviata della scala PACSLAC ridotta a 24 elementi osservati. | Di semplice utilizzo e preferita dal personale infermieristico. |
| PAINAD: Pain Assessment In Advanced Dementia Scale | Osservazione di 5 elementi e relativi punteggi su scala: respirazione, vocalizzazioni, espressioni facciali, linguaggio del corpo, consolabilità. | Unità e reparti di assistenza specifica per la demenza. Richiede un periodo di osservazione superiore a cinque minuti. |
| CPOT: Critical-care pain observation tool | Osservazione di 4 elementi: espressioni facciali, movimenti del corpo, tensione muscolare e compliance con eventuale monitor/respiratore o vocalizzazioni. | Pazienti cardiocirurgici in UTIC Periodo di osservazione inferiore a 1 minuto. |
| Algoplus | Osservazione della presenza (si/no) di 5 elementi (espressioni facciali, sguardo, lamentele, posture particolari, comportamenti atipici). | Periodo di osservazione inferiore a 1 minuto. Indicato specificamente per la valutazione del dolore acuto negli anziani inabili alla comunicazione verbale. |

Tabella 1 - Scale di valutazione del dolore acuto per pazienti con decadimento cognitivo o limitate abilità di comunicazione [59].

Key points

- Negli anziani il dolore è spesso sottovalutato, trattato insufficientemente, sottostimato e frequentemente presenta forme atipiche nel suo manifestarsi.
- Un approccio multidisciplinare è fondamentale: un piano terapeutico multidimensionale per affrontare tutti gli aspetti fisici, strutturali, funzionali e psicosociali del dolore, negli anziani e nelle persone con deficit cognitivo, che adotti sia strumenti standard che specifici.
- Negli anziani, una valutazione del dolore sistematica e regolare nel tempo permette una migliore analgesia e di conseguenza una migliore concettualizzazione del dolore, definendolo "il quinto segno vitale".
- Un'analgesia inadeguata può produrre effetti indesiderati come ansia, depressione, disturbi del sonno e della socialità.
- Tutte le forme di percezione ed esperienza sensoriale vengono modificate, compresi vista, udito, tatto e propriocezione.
- La perdita neuronale nel sistema nervoso centrale ed autonomo associato a deficit cognitivo e le modificazioni dei riflessi parasimpatici e simpatici. Oltre ad anomalie della transduzione e modulazione degli stimoli nocicettivi.
- Negli anziani la soglia del dolore sembra essere più alta quando lo stimolo doloroso è di breve durata. Di contro, il dolore viene registrato più frequentemente quando lo stimolo doloroso è di breve durata. Di contro, il dolore viene registrato più frequentemente quando lo stimolo viene protratto nel tempo.
- Nella terapia farmacologica, dai FANS agli oppiacei, è essenziale conoscere le alterazioni del metabolismo attivate dall'invecchiamento, la probabile presenza di polifarmacoterapia, e la maggior frequenza, negli anziani, di effetti indesiderati, anche in caso di dosaggi ridotti e lunghi intervalli di somministrazione.

gnostici specifici per arrivare a pianificare l'assistenza basandosi su requisiti individuali, tenendo conto della loro salute fisica e mentale, delle loro aspettative, delle circostanze sociali in cui vivono (ambiente domestico, comunità, isolamento) nonché ambientali (livello socio-economico e culturale) e del loro benessere globale (presenza di comorbidità, dal diabete al cancro). Ciò a maggior ragione diviene essenziale di fronte alle fragilità combinate dell'età avanzata e della demenza. In questa difficile combinazione di condizioni cliniche e psicofunzionali diviene fondante un approccio valutativo, farmacologico e non-farmacologico individualizzato e specifico, al fine di rilevare e trattare efficacemente il dolore. Quest'ultimo, infatti, è già di per se elemento scatenante di importanti stati disforici e di alterazione

cognitiva, diventando pericoloso innesco di stress e scarsa risposta terapeutica, già solo in presenza di età avanzata. Il processo di cura deve comprendere, per tali motivi, il trattamento del dolore acuto nel paziente anziano e in particolare con demenza, al fine di evitare complicanze e ricadute di tipo psichico e fisico che interagiscano con l'estrema fragilità dei soggetti che le presentano.

Bibliografia

1. Platts-Mills TF, Esserman DA, Brown DL, et al. Older US emergency department patients are less likely to receive pain medication than younger patients: results from a national survey. *Annals Emerg Med* 2012;60(2):199-206.
2. Coker E, Papaioannou A, Turpie I, et al. Pain management practices with older adults on acute medical units. *Perspectives* 2008;32:5-12.
3. Gibson SJ, Lussier D. Prevalence and relevance of pain in older persons. *Pain Med* 2012;13 Suppl 2:S23-6.

4. Taylor R Jr, Lemtouni S, Weiss K, Pergolizzi JV Jr. Pain Management in the Elderly: An FDA Safe Use Initiative Expert Panel's View on Preventable Harm Associated with NSAID Therapy. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2012;2012:196159. doi: 10.1155/2012/196159.
5. Barkin RL, Beckerman M, Blum SL, Clark FM, Koh EK, Wu DS: Should nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) be prescribed to the older adult? *Drugs Aging*. 2010;27(10):775-89.
6. Barkin RL, Buvanendran A: Focus on the COX-1 and COX-2 agents: renal events of nonsteroidal and antiinflammatory drugs—NSAIDs. *Am J Ther*. 2004;11:124-129.
7. Andersohn F, Suissa S, Garbe E: Use of first- and second-generation cyclooxygenase-2-selective nonsteroidal antiinflammatory drugs and risk of acute myocardial infarction. *Circulation*. 2006; 113:1950-1957.
8. McClean G. Topical analgesic agent. *Clin Geriatr Med*. 2008; 24:299-312.
9. McLachlan AJ, Bath S, Naganathan V, Hilmer SN, Le Couteur DG, Gibson SJ, Blyth FM. Clinical pharmacology of analgesic medicines in older people: impact of frailty and cognitive impairment. *Br J Clin Pharmacol*. 2011 M;71(3):351-64.
10. Mehta SS, Siegler EL, Henderson CR Jr, Reid MC. Acute pain management in hospitalized patients with cognitive impairment: a study of provider practices and treatment outcomes. *Pain Med*. 2010;11(10):1516-24.
11. Taylor R Jr, Lemtouni S, Weiss K, Pergolizzi JV Jr Pain Management in the Elderly: An FDA Safe Use Initiative Expert Panel's View on Preventable Harm Associated with NSAID Therapy. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2012;2012:196159.
12. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American geriatrics society/national institute on aging research conference on frailty in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006;54:991-1001
13. Walhovd KB, Westlye LT, Amlien I, et al. Consistent neuroanatomical age-related volume differences across multiple samples. *Neurobiol Aging* 2011;32(5): 916-32.
14. Dickstein DL, Kabaso D, Rocher AB, et al. Changes in the structural complexity of the aged brain. *Aging Cell* 2007;6(3):275-84.
15. Sala S, Agosta F, Pagani E, Coppetti M, Comi G, Filippi M. Microstructural changes and atrophy in brain white matter tracts with aging. *Neurobiol Aging*. 2012;33(3):488-498.
16. Kaasinen V, Vilkmann H, Hietala J, et al. Age-related dopamine D2/D3 receptor loss in extrastriatal regions of the human brain. *Neurobiol Aging* 2000;21(5):683-8.

17. Adams KH, Pinborg LH, Svarer C, et al. A database of [(18)F]-altanserin binding to 5-HT(2A) receptors in normal volunteers: Normative data and relationship to physiological and demographic variables. *Neuroimage* 2004;21(3):1105-13.
18. Verdu E, Ceballos D, Vilches JJ, et al. Influence of age on peripheral nerve function and regeneration. *J Peripher Nerve Syst* 200;5:191-208.
19. Khalil Z, Ralevic V, Bassir M, et al. 1994. Effects of ageing on sensory nerve function in rat skin. *Brain Res* 1994;641:265-72.
20. Laporte AM, Doyen C, Nevo IT. Autoradiographic mapping of serotonin 5HT1A, 5HT1D, 5HT2A and 5HT3 receptors in the aged human spinal cord. *J Chem Neuroanat*. 1996;11:67-75.
21. Barili P, De Carolis G, Zaccheo D, et al. 1998. Sensitivity to ageing of the limbic dopaminergic system: a review. *Mech Ageing Dev*, 106:57-92.
22. Pakkenberg B, Gundersen HJ. Neocortical neuron numbers in humans: effects of sex and age. *J Comp Neurol* 1997;384:312-20.
23. Chakour MC, Gibson SJ, Bradbeer M, Helme RD. The effect of age on A delta- and C-fibre thermal pain perception. *Pain* 1996;64(1):143-52.
24. Gibson SJ. Pain and aging: the pain experience over the adult lifespan. In *Proceedings of the 10th World Congress on Pain*, IASP Press, Seattle, 2003.
25. Lasch H, Castell DO, Castell JA. Evidence for diminished visceral pain with aging; studies using graded intraesophageal balloon distension. *Am J Physiol* 1997;272:G1-3.
26. Cole LJ, Farrell MJ, Gibson SJ, Gibson SJ, Egan GF. Age-related differences in pain sensitivity and regional brain activity evoked by noxious pressure. *Neurobiol Aging*. 2010; 31(3): 494-503.
27. Gibson SJ. Older people's pain. *Pain: Clinical Updates*. 2006 (IASP) 14(3).
28. Granot M, Khoury R, Berger G et al. Clinical and experimental pain perception is attenuated in patients with painless myocardial infarction. *Pain*. 2007;133(1-3): 120-7.
29. Iyer RG. Pain documentation and predictors of analgesic prescribing for elderly patients during emergency department visits. *J Pain Symptom Manage*. 2010;41: 367-73.
30. Silka PA, Roth MM, Moreno G, et al. Pain scores improve analgesic administration patterns for trauma patients in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2004;11:264-70.
31. Duignan M, Dunn V. Barriers to pain management in emergency departments. *Emerg Nurse* 2008;15(9):30-4.
32. Rupp T, Delaney K. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2004;43:494-503.
33. Gagliese L, Katz J, Melzack R. Pain in the elderly. In Wall PD & Melzack R (eds.). *Textbook of pain*. 4th ed. London: Churchill Livingstone, 1999, pp. 991, 1006.
34. Jensen MP, Karoly P & Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1986; 27: 117, 126.
35. Ware LJ, Epps CD, Herr K, et al. Evaluation of the revised faces pain scale, verbal descriptor scale, numeric rating scale, and lowa pain thermometer in older minority adults. *Pain Manag Nurs* 2006;7(3):117-25.
36. Gagliese L, Katz J. Age differences in postoperative pain are scale dependent: a comparison of measures of pain intensity and quality in younger and older surgical patients. *Pain* 2003; 103: 11-20.
37. Herr K, Spratt K, Mobily P, et al. Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clin J Pain* 2004;20:207-19.
38. Bjoro K, Herr K. Assessment of pain in the nonverbal or cognitively impaired older adult. *Clin Geriatr Med*. 2003;24(2):237-62.
39. Smith M. Pain assessment in nonverbal older adults with advanced dementia. *Perspect Psychiatr Care*. 2005;41(3):99-113.
40. Farrell MJ, Katz B, Helme RD. The impact of dementia on the pain experience. *Pain*. 1996;57(1): 7-15.
41. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 2006;31(2):170-92.
42. Rainero I, Vighetti S, Bergamasco B, Pinessi L, Benedetti F. Autonomic responses and pain perception in Alzheimer's disease. *Eur J Pain* 2000;4:267-74.
43. Benedetti F, Arduino C, Vighetti S, Asteggiano G, Tarenzi L, Rainero I. Pain reactivity in Alzheimer patients with different degrees of cognitive impairment and brain electrical activity deterioration. *Pain* 2004;111:22-9.
44. Sowards TV, Sowards MA. The medial pain system: neural representations of the motivational aspect of pain. *Brain Res Bull* 2002;59:163-80.
45. Cole LJ, Farrell MJ, Duff EP et al. Pain sensitivity and fMRI pain-related brain activity in Alzheimer's disease. *Brain* 2006;129:2957-65.
46. Yamamoto M, Kachi T, Igata A. Pain-related somatosensory evoked potentials in dementia. *J Neurol Sci* 1996;137:117-9.
47. Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, et al. Pain threshold and pain tolerance in Alzheimer's disease. *Pain* 1999;80:377-82.
48. Rüb U, Del Tredici K, Del Turco D, Braak H. The intralaminar nuclei assigned to the medial pain system and other components of this system are early and progressively affected by Alzheimer's disease-related cytoskeletal pathology. *J Chem Neuroanat* 2002;23:279-90.
49. Scherder EJA, Sergeant JA, Swaab DF. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet Neurol* 2003;2:677-86.
50. Scherder E, Herr K, Pickering G, Gibson S, Benedetti F, Lautenbacher S. Pain in dementia. *Pain* 2009;145(3):276-8.
51. Scherder E, Oosterman J, Swaab D, et al. Recent developments in pain in dementia. *BMJ*. 2005;26;330(7489):461-4.
52. Scherder EJA, Bouma A. Visual analogue scales for pain assessment in Alzheimer's disease. *Gerontology* 2000;46:47-53.
53. Carlino E, Benedetti F, Rainero I, et al. Pain perception and tolerance in patients with frontotemporal dementia. *Pain*. 2010;151(3):783-9.
54. Benedetti F, Arduino C, Costa S, Vighetti S, Tarenzi L, Rainero I, Asteggiano G. Loss of expectation-related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapies less effective. *Pain* 2006;121:133-44.
55. Greene NH, Attix DK, Weldon BC et al. Measures of executive function and depression identify patients at risk for postoperative delirium. *Anesthesiology*. 2009;110(4):788-95.
56. Newman S, Stygall J, Hirani S et al. Postoperative cognitive dysfunction after noncardiac surgery: a systematic review. *Anesthesiology* 2007; 106(3): 572-90.
57. Hadjstavropoulos T, Herr K, Turk DC, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain* 2007;23(Suppl.1):S1-S43.
58. Pergolizzi J, Böger RH, Budd K, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydro-morphone methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract* 2008;8:287-313.
59. Herr K, Spratt KF, Garand L, Li L. Evaluation of the lowa pain thermometer and other selected pain intensity scales in younger and older adult cohorts using controlled clinical pain: a preliminary study. *Pain Med* 2007;8:587-600.
60. Hwang U, Platts-Mills TF. Acute pain management in older adults in the emergency department. *Clin Geriatr Med*. 2013;29:151-164. ◀



Pain Nursing Magazine

Italian Online Journal

Pain Nursing Magazine

Italian Online Journal

è un'iniziativa editoriale della Fondazione Paolo Procacci Onlus con la collaborazione scientifica dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore Onlus e dell'Associazione Sammarinese per lo Studio del Dolore.

Trimestrale - Aut. Trib. di Roma n. 21/2012 del 26/01/2012

Dir. Resp. Lorenza M. Saini - ISSN online 2279-7904

Edito da Fondazione Paolo Procacci Onlus - C.F. 09927861006

Tutti i diritti riservati.

Questa raccolta di estratti è stata stampata da Solari Grafiche srl, Torre Nuova, Roma, nel mese di novembre 2015

www.painnursing.it



Comprendere e curare il dolore

Promuovere

la prevenzione, la diagnosi precoce, la cura e l'assistenza di milioni di malati di dolore è il principale obiettivo della Fondazione Paolo Procacci, nata grazie all'iniziativa dell'AI SD, Associazione Italiana per lo Studio del Dolore.

Paolo Procacci

uno dei pionieri degli studi sul dolore, ha lavorato intensamente nella comunità scientifica internazionale per una maggiore sensibilizzazione sul tema e per la diffusione delle linee guida che devono aiutare il medico nella valutazione clinica e nella terapia di una così diffusa patologia.

L'AI SD

dal 1976 sostiene la ricerca sui meccanismi fisiopatologici del dolore ed è attivamente impegnata nella promozione degli studi clinici e di base.

La ricerca e la formazione servono a tutti!
Aiutaci con una donazione.

IBAN: IT 08 Z 08327 03239 0000 0000 1820

Codice fiscale: 09927861006

www.fondazioneprocacci.org
