



LA VALUTAZIONE E LA GESTIONE DEL DOLORE NELLE RSA.

Collegio IPASVI Brescia

13 – 20 Marzo 2014

Zani Michele

Gruppo di Ricerca Geriatrica (BS)

Fondazione Le Rondini Città di Lumezzane ONLUS, Lumezzane (BS)

L'OCCHIO DEL LUPO

Daniel Pennac

... Non c'è che il ragazzo

E quel lupo azzurro dal pelame azzurro.

“Vuoi guardarmi?, D'accordo! Anch'io ti guardo! Si starà a vedere...”

Ma c'è qualcosa che disturba il lupo, un particolare stupido: lui non ha che un occhio, mentre il ragazzo ne ha due. A un tratto il lupo non sa in che occhio del ragazzo fissare lo sguardo. Esita. Il suo unico occhio salta da destra a sinistra e da sinistra a destra. Il ragazzo non batte ciglio. Il lupo è maledettamente a disagio; per niente al mondo stornerebbe lo sguardo, di riprendere la marcia non si ne parla. Così il suo unico occhio impazzisce sempre più e ben presto, attraverso la cicatrice dell'occhio morto, spunta una lacrima.

Non è dolore, è impotenza e collera...

Allora il ragazzo fa una cosa curiosa, che calma il lupo, lo mette a suo agio.

Il ragazzo chiude un occhio.

Ed eccoli lì che si fissano, occhio nell'occhio, nel giardino zoologico deserto e silenzioso, con un tempo infinito davanti a loro...

CREDERE! CREDERE! CREDERE!

*Il dolore è un'esperienza, e se il paziente ne comunica
la presenza, vuol dire che quel dolore esiste*

Panke J. Difficulties in managing pain at the end of life, American Journal of Nursing 2002

DALL'INIZIO: A B C D E

- **A**SK (CHIEDERE)
ASSESS (VALUTARE)
- **B**ELIEVE (CREDERE)
- **C**HOOOSE (SCEGLIERE)
- **D**ELIVER (INTERVENIRE)
- **E**MPOWER (DARE PIENI POTERI)
ENABLE (METTERE IN GRADO)

GLI OPERAI E IL DOLORE

La persona che tollera il dolore con contenimento, in silenzio, da sempre attira la nostra approvazione più di colui che si lamenta o è insofferente.



IL “SIGNIFICATO” DEL DOLORE

Il dolore è un fenomeno complesso, soggettivo e percettivo che presenta varie dimensioni (intensità, qualità, andamento nel tempo, impatto, significato personale), che sono vissute da ogni persona in maniera diversa.

International Association for the Study of Pain (1979)

“Esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad attuale o potenziale danno tessutale...”

Roper et al. (1996)

“Physical pain is a common sign of illness”

IL “SIGNIFICATO” DEL DOLORE

Sintomo

Soggettivo

Influenzato

da variabili psichiche, personologiche, culturali, sociali, ambientali

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE

Il dolore è un fenomeno complesso, **soggettivo e percettivo** che presenta varie dimensioni, che sono vissute da ogni paziente in maniera unica e, perciò, può essere valutato soltanto indirettamente.

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE

- Esperimenti sulla soglia al dolore indicano che **non esiste una relazione con l'età per la risposta a vari tipi di stimoli** (calore, pressione, stimoli elettrici) e, pertanto, contrariamente a quanto generalmente si riteneva, gli anziani non sono meno sensibili al dolore.
- Con l'età aumenta invece l'**accettazione** del dolore ed il sintomo è più frequentemente **sottoriportato**.

A CHI VALUTARE IL DOLORE?

1. Cancro
2. Depressione
3. Diabete
4. Patologie prostatiche
5. Malattie cardiache
6. Ipertensione
7. Artrite
8. Osteoporosi
9. Problemi polmonari
10. Infarto

(Managing pain in patients with dementia in hospital. Nursing Standard. 20, 46, 54-58. August 3 2005)

IL DOLORE NEI PAZIENTI ANZIANI: CONSEGUENZE

1. *Diminuzione della qualità della vita*
2. *Aumento della disabilità*

- Effetto del dolore cronico sulle capacità cognitive
 - 1) Dimenticanze
 - 2) Piccoli accidenti
 - 3) Difficoltà a eseguire compiti
 - 4) Disturbi dell'attenzione

(Managing pain in patients with dementia in hospital. Nursing Standard. 20, 46, 54-58. August 3 2005)

- “Pain is also associated with increased depression and therefore increases caregivers’ burden” *(AMDA 1999)*

COME FARE?!?!

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Registered Nurses' Association of Ontario
(RNAO)

*Assessment e management of pain
Supplment*

February 2007

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Screening del dolore

“Selezionare tutte le persona a rischio di dolore almeno una volta al giorno (quando si intraprendono altre valutazioni sistemiche) interrogando la persona o la famiglia/curatore riguardo alla presenza di dolore o di disagio [...]”

Grado di raccomandazione: C

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Parametri di valutazione del dolore

“ Il self report è la fonte primaria della valutazione per le persone con facoltà cognitive e verbali intatte [...]”

Grado di raccomandazione: C

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Parametri di valutazione del dolore

“Un sistematico e convalidato strumento di valutazione del dolore viene selezionato per valutare i seguenti parametri di base del dolore: localizzazione del dolore, effetti del dolore sulle funzioni e le ADL, livello del dolore a riposo e durante l’attività, uso di farmaci ed effetti avversi, fattori provocanti e precipitanti, qualità del dolore, irradiazione del dolore, severità del dolore”

Grado di raccomandazione: C

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Parametri di valutazione del dolore

“L'intensità del dolore viene valutata con uno strumento standardizzato di cui è stata stabilita la validità”

Grado di raccomandazione: A

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Valutazione completa del dolore

“I seguenti parametri fanno parte di una valutazione completa per il dolore: esame fisico, dati diagnostici e di laboratorio rilevanti, effetti e comprensione nella malattia attuale, storia del dolore, significato del dolore e del disagio causato dal dolore (attuale e precedente), risposte per far fronte allo stress e al dolore, effetti sulle attività di vita quotidiana, effetti psicosociali e spirituali, variabili psicologiche e sociali (ansia, depressione), fattori situazionali, preferenze e aspettative/credenze, miti della persona circa i metodi di gestione del dolore, preferenze e risposte della persona a ricevere le informazioni relative alla propria diagnosi del dolore ”

Grado di raccomandazione: C

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Rivalutazione e valutazione continua del dolore

“Il dolore è rivalutato in maniera regolare secondo il tipo e l'intensità di dolore e del programma di trattamento.

L'intensità del dolore e le funzioni (impatto sulle attività) sono rivalutate ogni volta che viene riferito un nuovo dolore e ad ogni nuova procedura [...].

L'efficacia dell'intervento è rivalutata dopo che l'intervento ha raggiunto l'effetto massimo [...].”

Grado di raccomandazione: C

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Rivalutazione e valutazione continua del dolore

“I seguenti parametri dovrebbero essere monitorati di continuo nelle situazioni persistenti il dolore: intensità, qualità e localizzazione, intensità del dolore massimo nelle ultime 24 ore, a riposo e in movimento, estensione del sollievo del dolore raggiunta-risposta, barriere a implementare il programma di trattamento, effetti del dolore sulle ADL, sul sonno e sull’umore, effetti avversi dei farmaci per il trattamento del dolore (nausea, costipazione), livello di sedazione, strategie usate per alleviare il dolore, sia farmacologiche che non farmacologiche”

Grado di raccomandazione: C

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Rivalutazione e valutazione continua del dolore

“Un dolore intenso e inatteso, specialmente se improvviso o collegato con alterazioni dei segni vitali quali ipotensione, tachicardia o febbre deve essere valutato immediatamente”

Grado di raccomandazione: C

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Documentazione della valutazione del dolore

“Documentare usando un format standardizzato che metta in luce l’esperienza di dolore della persona, specifica per la popolazione e per il setting di cura [...]”

Grado di raccomandazione: C

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Documentazione della valutazione del dolore

“Documentare la valutazione in modo regolare e routinario su format standardizzati per tutti i clinici coinvolti nella cura”

Grado di raccomandazione: C

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Comunicare i risultati della valutazione del dolore

“Convalidare con le persone/curatori i risultati della valutazione del dolore che riflettano l’individuale esperienza di dolore”

Grado di raccomandazione: C

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Comunicare i risultati della valutazione del dolore

“Comunicare ai membri dell’team interdisciplinare i risultati della valutazione del dolore descrivendo i parametri del dolore ottenuti con l’uso di un o strumento di valutazione strutturato, il sollievo o la mancanza di sollievo ottenuti dai metodi di trattamento, inoltre gli effetti avversi correlati, gli obiettivi della persona per il trattamento del dolore e l’effetto del dolore sulla persona”

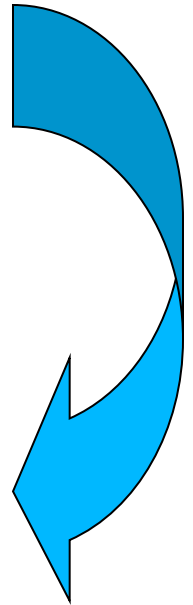
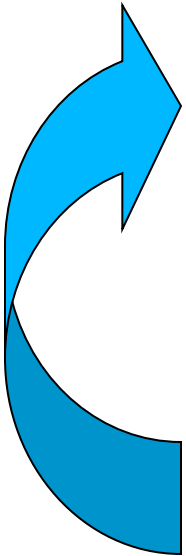
Grado di raccomandazione: C

RIASSUMENDO...

Importanza dell'approccio valutativo multidimensionale e multidisciplinare

Dolore

Utilizzare strumenti standardizzati



PERCHE' UTILIZZARE STRUMENTI DI VALUTAZIONE??

- ✓ Per una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali
- ✓ Per una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza al paziente
- ✓ Per uno scambio di informazioni tra discipline diverse

GLI STRUMENTI

McGill Pain Questionnaire *(Melzack, 1975)*

Valuta 3 aspetti: sensoriale, affettivo, cognitivo

- 1° parte: intensità del dolore attuale (scala descrittiva)
 - 5 aggettivi
 - 1 (lieve)
 - 2 (spiacevole)
 - 3 (stressante)
 - 4 (tremendo)
 - 5 (insopportabile)
- Mappa del corpo
- 102 aggettivi (20 categorie)

GLI STRUMENTI

McGill Pain Questionnaire (*Melzack, 1975*)

- Attribuisce ad ogni termine indicato un valore numerico
- Il punteggio complessivo corrisponde alla gravità del dolore
- Test qualitativo e quantitativo
- Presuppone un buon livello cognitivo e culturale
- Alta complessità

GLI STRUMENTI

McGill Pain Questionnaire (*Melzack, 1975*)

1. Più frequentemente utilizzato
2. Popolazione
Adulti cognitivamente integri
3. Modalità di somministrazione
Autosomministrazione
Medico o infermiere

GLI STRUMENTI

McGill Pain Questionnaire (*Melzack, 1975*)

Punteggio (versione ridotta)

1. Valutazione qualitativa 15 aggettivi

- Dimensione sensitiva (1-11)
- Dimensione affettiva (12-15)

2. Intensità

- 0 (niente)
- 1
- 2
- 3 (severo)

GLI STRUMENTI

McGill Pain Questionnaire (*Melzack, 1975*)

Tempo di somministrazione

- 5 minuti (20 minuti la forma estesa)

GLI STRUMENTI

Short form McGill Pain Questionnaire

QUALITÀ DEL DOLORE	INTENSITÀ			
	NESSUN DOLORE 0	LIEVE 1	MODERATO 2	SEVERO 3
CHE PICCHIA				
COME UNA MOLLA CHE SCATTA				
COME UNA PUGNALATA				
TAGLIENTE COME UNA LAMETTA				
CRAMPIFORME				
LOGORANTE				
CALDO, SCOTTA				
DA SOFFERENZA				
GRAVOSO				
SENSIBILE AL TOCCO				
SPEZZA				
STANCANTE, SPOSSANTE				
NAUSEANTE				
ALLARMANTE				
AFFLIGE CRUDELMENTE				

GLI STRUMENTI

Short form McGill Pain Questionnaire

- Indichi tracciando una linea quale è la quantità di dolore che lei sta sperimentando partendo da 0 (nessun dolore) a 10 (massimo dolore provato)

0 _____ 10

- Indichi, selezionando una delle scelte proposte, l'intensità del dolore che lei sta sperimentando

Present Pain Intensity		
0	Nessun dolore	<input type="checkbox"/>
1	Lieve	<input type="checkbox"/>
2	Disagevole	<input type="checkbox"/>
3	Stressante	<input type="checkbox"/>
4	Orribile	<input type="checkbox"/>
5	Straziante	<input type="checkbox"/>

GLI STRUMENTI

Intensità

Visual Analogue Scale (VAS)

1. Lineare
2. Rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore
3. Anche scala di sollievo
4. Linea di 10 cm con o senza tacche (meglio senza tacche; meno sensibile agli errori)
5. Viene chiesto al paziente di rappresentare con una linea il dolore provato
6. Un'estremità indica l'assenza di dolore, l'altra il peggior dolore immaginabile

GLI STRUMENTI

Intensità

Visual Analogue Scale (VAS)

1. Semplice e ripetibile
2. Basso livello culturale
3. Più accurata di quella verbale, anche se meno gradita
4. Somministrare nel momento in cui c'è dolore, il ricordo può essere sovrastimato o sottostimato
5. Richiede coordinazione visiva e motoria
6. Influenzata da condizioni psicofisiche

GLI STRUMENTI

Intensità

Visual Analogue Scale (VAS)

Popolazione

Adulti cognitivamente integri

Esaminatore

Medico o infermiere

Tempo di somministrazione

2-5 minuti

GLI STRUMENTI

Intensità

Visual Analogue Scale (VAS)

Limiti

1. Tratta il dolore valutandone solo l'intensità e non la sua complessità
2. L'estremo "peggior dolore immaginato" non lascia spazio a un dolore peggiore in una successiva valutazione
3. Tendenza al raggruppamento nei numeri centrali

GLI STRUMENTI

Intensità del dolore

VAS

0 _____ 10

0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10

GLI STRUMENTI

Intensità
VAS

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

GLI STRUMENTI

Scala espressioni facciali

Intensità

1. Disegni raffiguranti diverse espressioni facciali
2. Variante semplice della VAS
3. Popolazione
Anziani con difficoltà cognitive, bambini, adulti

GLI STRUMENTI

Scala espressioni facciali Intensità

Esaminatore

Medico, infermiere

Punteggio

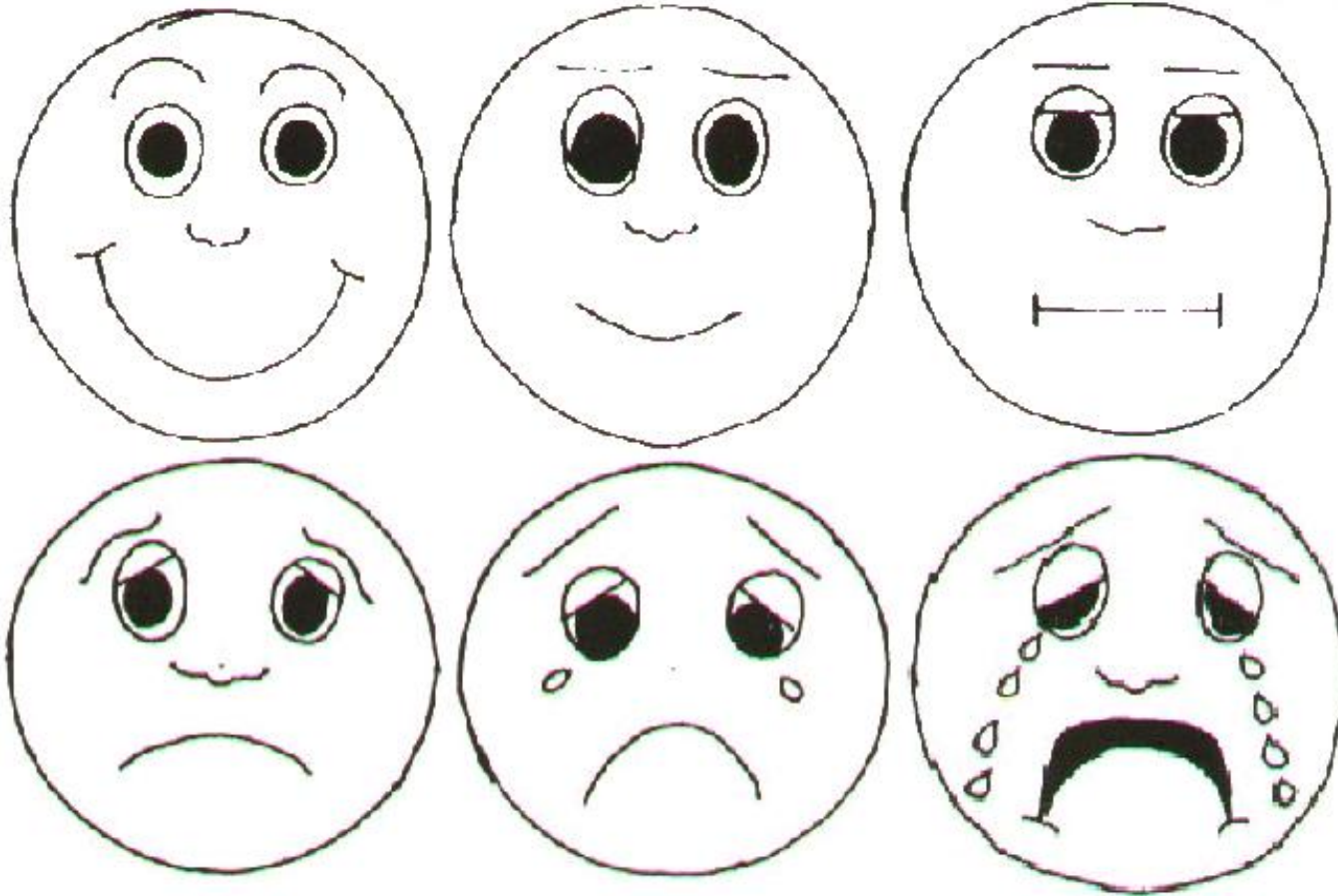
- 0 assenza di dolore
- 1 dolore lieve
- 2 dolore moderato
- 3 dolore forte ma sopportabile
- 4 dolore intenso
- 5 tutto il dolore che si può immaginare

Tempo di somministrazione

2-5 minuti

GLI STRUMENTI

Scala espressioni facciali



GLI STRUMENTI

Intensità

Verbal Numerical Scale (VNS)

Quale numero da 0 a 10 si avvicina di più
alla sua sensazione di dolore?

(nessun dolore) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (peggior dolore)

GLI STRUMENTI

Intensità

VNS

1. Semplice e lineare
2. Elimina necessità di coordinazione visiva e motoria
3. Periodo post-operatorio
4. Ripetibile
5. Indicazioni efficacia interventi terapeutici

GLI STRUMENTI

Intensità

VNS

Scala di sollievo del dolore

Quale numero da 0 a 10 si avvicina di più alla sensazione che lei sta provando?

(nessun sollievo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sollievo completo)

GLI STRUMENTI

Verbal Rating Scale (VRS)

Scelga fra questi termini quello che si avvicina di più al suo dolore

- 6 - il più intenso immaginabile
- 5 - dolore molto grave
- 4 - grave
- 3 - moderato
- 2 - lieve
- 1 - leggero
- 0 - nessun dolore

GLI STRUMENTI

VRS

Scelga fra questi termini che ora le leggerò quello che più si avvicina al suo dolore

- 3 grave
- 2 moderato
- 1 lieve
- 0 assente

GLI STRUMENTI

VRS

1. Più semplice, maggiori probabilità di completamento
2. Sensibile alla posologia dei farmaci, al sesso, differenze etniche
3. Più accurata alla valutazione degli effetti degli analgesici sul dolore acuto

GLI STRUMENTI

VRS

Popolazione

Adulti cognitivamente integri

Esaminatore

Medico o infermiere

Tempo di somministrazione

2-5 minuti

GLI STRUMENTI

VRS

Limiti

Numero ristretto di termini

Non permette valutazione fine

GLI STRUMENTI

Scala di rilevazione dei sintomi (dolore e disagio) spontanei ed evocati dopo specifica richiesta

- ✓ Valuta 11 apparati o funzioni
- ✓ Suddivisa in 2 parti uguali
- ✓ Popolazione : anziani affetti da demenza lieve, MMSE uguale o superiore a 18/30
- ✓ Esaminatore : Medico o infermiere

GLI STRUMENTI

Scala di rilevazione dei sintomi (dolore e disagio) spontanei ed evocati dopo specifica richiesta

- ✓ Scala descrittiva
- ✓ Viene chiesto di elencare quali dolori percepisce per la maggior parte del tempo
- ✓ Poi l'intervistatore elenca quelli che non ha nominato
- ✓ L'anziano può aggiungere sintomi alla lista precedente
- ✓ Tempo di somministrazione: 10 minuti

GLI STRUMENTI

Scala di rilevazione dei sintomi (dolore e disagio)
spontanei ed evocati dopo specifica richiesta

Dolore o disagio spontaneo

Vorrei farle alcune domande circa la sua salute: prova regolarmente, intendo per più della metà del tempo, dolore/disagio in qualche parte del corpo?

Dolore o disagio evocato

GLI STRUMENTI

Scala di rilevazione dei sintomi (dolore e disagio)
spontanei ed evocati dopo specifica richiesta

Mani braccia spalle	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Piedi gambe anche	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Schiena e collo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Testa e volto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Polmoni e respiro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cuore e vasi	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Bocca e masticazione	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Stomaco intestino e digestione	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Reni e apparato urinario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Occhi e vista	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Orecchie e udito	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Altro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

CONCLUSIONI

1. Credere in ciò che dice il paziente
2. Raccogliere un'accurata anamnesi del dolore
 - ✓ Caratteristiche temporali
 - ✓ Qualità
 - ✓ Circostanze di insorgenza e di estinzione
 - ✓ Fattori allevianti o aggravanti
3. Valutare l'intensità del dolore

DOLORE E SOFFERENZA NEL SOGGETTO AFFETTO DA DEMENZA

- ✓ La valutazione del dolore si basa su due attori principali: il paziente che riferisce e il medico o l'infermiere che ascolta ed interviene.
- ✓ Cosa succede quando il paziente non è in grado di ricordare un'esperienza, o di riferirla, o di concettualizzarla?
- ✓ Come si valuta la presenza e l'entità del dolore nel paziente affetto da demenza

È DIFFICILE CAPIRE IL DOLORE NEL PAZIENTE DEMENTE?

Managing pain in patients with dementia in hospital
Nursing Standard 20, 46, 54-58. August 3 2005

“... più il paziente demente è confuso e disorientato, meno anitidolorifico viene prescritto e somministrato.

Il gridare, l’aggressione fisica e verbale e lo wandering sono una sfida per gli operatori che operano in un ospedale per acuti.

Questi comportamenti sono spesso associati alla presenza di dolore nei pazienti con demenza.

La prima risposta a questi tipi di comportamento è il trattamento con farmaci antipsicotici.

Questi possono mascherare sintomi relativi al dolore...”

COME SI MANIFESTA IL DOLORE NEL PAZIENTE DEMENTE?

SINTOMI SOMATICI E MILD DEMENTIA

Nelle prime fasi del decadimento cognitivo i pazienti lamentano più sintomi somatici



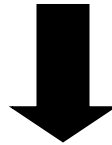
- ✓ dolori di sempre
- ✓ dolori che non avevano mai lamentato prima

Dolore come sofferenza e insight di malattia

COME SI MANIFESTA IL DOLORE NEL PAZIENTE DEMENTE?

DEMENZA MODERATA E SEVERA

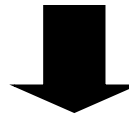
Progressione della malattia



Riduzione dell'insight

+

Aggravamento del disturbo del disturbo di memoria



Riduzione dei sintomi

COSA FARE?

1. Giocare un ruolo decisivo nella valutazione/gestione del dolore
2. Utilizzare strumenti appropriati che attribuiscono un “valore”

IL RUOLO DELL'INFERMIERE

“... per giocare un ruolo chiave gli infermieri devono dimostrare di essere capaci di identificare il dolore. È stato indagato che gli infermieri hanno un livello inadeguato di preparazione relativa alla valutazione del dolore, specialmente nei pazienti con disturbi cognitivi. Questo basso livello discrezionale della conoscenza del dolore può essere attribuito al poco tempo dedicato a tale argomento durante il percorso formativo...”

“... gli infermieri spesso non chiedono ai pazienti dei loro dolori...”

Managing pain in patients with dementia in hospital Nursing Standard. 20, 46, 54-58. August 3 2005

COME VALUTARE?

È IMPORTANTE CAPIRE IL DECADIMENTO
COGNITIVO DEL NOSTRO PAZIENTE?



SI!!!



QUANDO IL PAZIENTE NON È PIÙ IN GRADO DI
COMUNICARE, IL DOLORE, DA SINTOMO,
DIVENTA **SEGNO**

COMUNQUE...

E' documentato che molti soggetti con decadimento cognitivo leggero-moderato (CDR 1-2) mantengono l'abilità a riferire il dolore ed è quindi corretto dare loro la possibilità di riferirlo: il gold standard per la valutazione del dolore, in questi soggetti, è "il riferito" del paziente (Wheeler, 2006).

COMUNQUE...

La valutazione può essere integrata dall'utilizzo di strumenti di valutazione di self-report che misurano ciò che il soggetto riferisce (con particolare riferimento all'intensità) e consentono sia il monitoraggio nel tempo, sia la valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici e assistenziali.

COMUNQUE...

La somministrazione di questi strumenti nel soggetto 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. disponibilità 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 domande utilizzando le stesse parole

NEI SOGGETTI PIU' GRAVI?

Nei pazienti con decadimento cognitivo più grave (CDR 3-4), per i quali gli strumenti di valutazione di self-report sono scarsamente applicabili (Pautex, 2006), la valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'osservazione degli operatori: spesso un'agitazione improvvisa o un comportamento insolito possono rappresentare la modalità con cui il paziente cerca di comunicare la propria sofferenza. **Rimane estremamente difficile in questi pazienti misurare l'intensità del dolore.**

MA PARTIAMO DAL PRINCIPIO ...

Raccogliere la storia “personale del dolore”

- Condizioni attuali che possono causare dolore
- La storia individuale della reazione al dolore
- Metodi di gestione del dolore usati a casa

Il dubbio

“... l’elemento chiave nella valutazione è la probabilità ...”

*“Managing pain in patients with dementia in hospital” Nursing Standard.
20, 46, 54-58. August 3 2005*

GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Quando la comunicazione verbale non è più efficace,
quando il sintomo dolore diventa un segno,
come dobbiamo comportarci?

Come leggere il dolore?

Schreder et al 2005

*“The use of an appropriate observational assessment tool
to gather this area this is therefore essential”*

COSA OSSERVARE?

Herr et al. 2005

La Società Americana di Gerontologia ha individuato sei aree da osservare/investigare che dovrebbero essere il “cuore” della valutazione di questi tipi di pazienti:

- Espressione facciale
- Verbalizzazione
- Movimenti del corpo
- Cambiamenti nelle interazioni interpersonali
- Cambiamenti nella attività
- Cambiamenti nello stato mentale

GLI STRUMENTI...

NOPPAIN

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)
Activity Chart Check List

Name of Evaluator _____
Name of Resident: _____
Date: _____
Time: _____

NOPPAIN

DIRECTIONS: Nursing assistant should complete at least 5 minutes of daily care activities for the resident while observing for pain behaviors. Both pages of this form should be completed immediately following care activities

		Did you do this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No		Did you do this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(f) Fed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(b) Turned resident in bed		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(g) Helped resident stand OR saw resident stand		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(h) Helped resident walk OR saw resident walk		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(d) Sat resident up (bed or chair) OR saw resident sitting		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(i) Bathed resident OR gave resident sponge bath		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(e) Dressed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

ASK THE PATIENT: Are you in pain? yes no
ASK THE PATIENT: Do you hurt? yes no

Lynn Snow et al.

NOPPAIN: A Nursing Assistant-Administered Pain Assessment Instrument for Use in Dementia

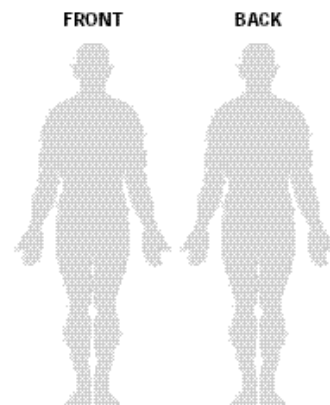
Dement Geriatr Cogn Disord 2004;17:240-246

Pain Response (What did you see and hear during care?)

Pain Words? "That hurts" "Ouch" "Cursing" "Stop that!" <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain words? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Pain Faces? grimaces furrowed brow winces <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain faces? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Bracing? rigidity holding guarding (especially during movement) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense was the bracing? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity
Pain Noises? moans cries groans gasps grunts sighs <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain noises? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Rubbing? massaging affected area <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense was the rubbing? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Restlessness? frequent shifting rocking inability to stay still <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense was the restlessness? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Locate Problem Areas

Please "X" the site of any pain
Please "O" the site of any skin problems



NOPPAIN

NOPPAIN

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)
Activity Chart Check List

Name of Evaluator: _____
Name of Resident: _____
Date: _____
Time: _____

DIRECTIONS: Nursing assistant should complete at least 5 minutes of daily care activities for the resident while observing for pain behaviors. Both pages of this form should be completed immediately following care activities

		Did you do this? Check Yes or No		Did you see pain when you did this? Check Yes or No				Did you do this? Check Yes or No		Did you see pain when you did this? Check Yes or No	
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	(f) Fed resident		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
(b) Turned resident in bed		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	(g) Helped resident stand OR saw resident stand		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	(h) Helped resident walk OR saw resident walk		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
(d) Sat resident up (bed or chair) OR saw resident sitting		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	(i) Bathed resident OR gave resident sponge bath		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
(e) Dressed resident		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	ASK THE PATIENT: Are you in pain? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no					
						ASK THE PATIENT: Do you hurt? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no					

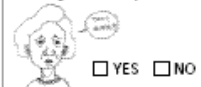
1) L'operatore deve effettuare almeno 5 minuti di assistenza quotidiana all'ospite osservando i comportamenti che suggeriscono dolore

Pain Response (What did you see and hear during care?)

Locate Problem Areas

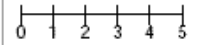
Pain Words?

"That hurts!" "Ouch!"
"Cursing" "Stop that!"



YES NO

How intense were the pain words?



Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

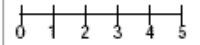
Pain Faces?

grimaces winces
furrowed brow



YES NO

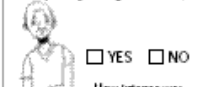
How intense were the pain faces?



Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

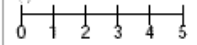
Bracing?

rigidity holding guarding
(especially during movement)



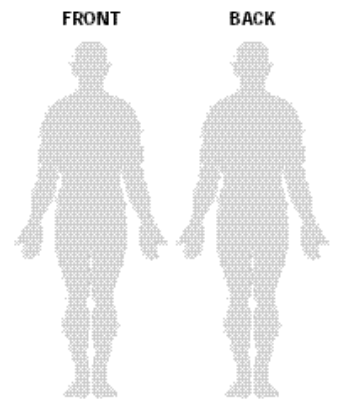
YES NO

How intense was the bracing?



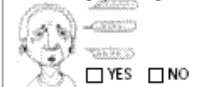
Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Please "X" the site of any pain
Please "O" the site of any skin problems



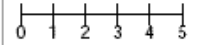
Pain Noises?

moans groans grunts
cries gasps sighs



YES NO

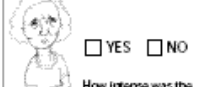
How intense were the pain noises?



Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

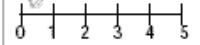
Rubbing?

massaging affected area



YES NO

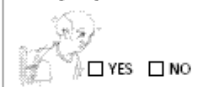
How intense was the rubbing?



Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

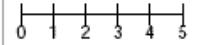
Restlessness?

frequent shifting rocking
inability to stay still

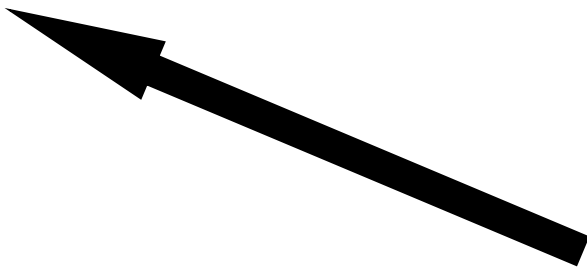


YES NO

How intense was the restlessness?



Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity



Snow et al, Dement Geriatr Cogn Disord 2004

NOPPAIN

check list delle attività

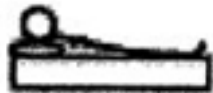
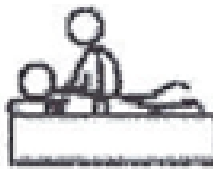

- Mettere a letto l'ospite *oppure* osservare l'ospite che si sdraia
- Girare l'ospite nel letto
- Passaggi posturali (letto-sedia; sedia-wc; sedia-in piedi, ecc)
- Mettere seduto l'ospite *oppure* osservare l'ospite che si siede
- Vestire l'ospite
- Alimentare l'ospite
- Aiutare l'ospite a stare in piedi *oppure* osservare l'ospite mentre è in piedi
- Aiutare l'ospite a camminare *oppure* osservare l'ospite che cammina
- Fare il bagno all'ospite *oppure* fare una spugnatura al letto

NOPPAIN

Chiedere al paziente: “Sente dolore?”
Chiedere al paziente: “Le faccio male?”

Hai svolto
questa
attività?

Hai rilevato dolore
mentre la
svolgevi?*

a) mettere a letto l'ospite <u>OPPURE</u> osservare l'ospite che si sdraia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) girare l'ospite nel letto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) passaggi posturali (letto-sedia, sedia-letto, sedia-wc, sedia-in piedi)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

NOPPAIN

NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument) Activity Chart Check List

Name of Evaluator _____
Name of Resident: _____
Date: _____
Time: _____

DIRECTIONS: Nursing assistant should complete at least 5 minutes of daily care activities for the resident while observing for pain behaviors. Both pages of this form should be completed immediately following care activities

		Did you do this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No		Did you do this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(f) Fed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(b) Turned resident in bed		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(g) Helped resident stand OR saw resident stand		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(h) Helped resident walk OR saw resident walk		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(d) Sat resident up (bed or chair) OR saw resident sitting		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(i) Bathed resident OR gave resident sponge bath		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(e) Dressed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

ASK THE PATIENT: Are you in pain? yes no
ASK THE PATIENT: Do you hurt? yes no

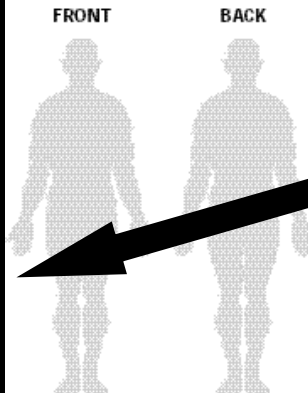
2) L'operatore deve riferire ciò che vede o sente durante l'assistenza.

Pain Response (What did you see and hear during care?)

Locate Problem Areas

Pain Words? - "That hurts!" - "Ouch!" - "Stop that!" <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain words? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Pain Faces? - grimaces - winces - furrowed brow <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain faces? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Bracing? - rigidity - holding - guarding (especially during movement) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense was the bracing? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity
Pain Noises? - moans - groans - grunts - cries - gasps - sighs <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain noises? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Rubbing? - massaging affected area <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense was the rubbing? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Restlessness? - frequent shifting - rocking - inability to stay still <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense was the restlessness? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Please "X" the site of any pain
Please "O" the site of any skin problems



Snow et al, Dement Geriatr Cogn Disord 2004

NOPPAIN

- Parole che esprimono dolore (“Che male!” “Ahi!” “Vai via!” “Basta!”)
- Espressioni del viso che esprimono dolore (smorfie, sussulti, corrugamento della fronte)
- Stringere una parte dolente (irrigidirsi, proteggersi, tenere fermo un arto)
- Versi che esprimono dolore (gemiti, singhiozzi, lamenti, borbottii, ansimi, pianti)
- Sfregare o massaggiare una parte dolente
- Irrequietezza (frequenti cambi di posizione, impossibilità a stare fermo, opposizione alle cure)

NO PAIN

Parole che esprimono dolore?

“Che male!” “Ahi!” “Vai via!” Imprecazioni “Basta!”



SI NO

Quanto intensamente?



0 1 2 3 4 5

la più bassa Intensità possibile

la più alta Intensità possibile

NOPPAIN

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)
Activity Chart Check List

Name of Evaluator _____
Name of Resident: _____
Date: _____
Time: _____

NOPPAIN

DIRECTIONS: Nursing assistant should complete at least 5 minutes of daily care activities for the resident while observing for pain behaviors. Both pages of this form should be completed immediately following care activities

		Did you see this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No		Did you see this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(f) Fed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(b) Turned resident in bed		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(g) Helped resident stand OR saw resident stand		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(h) Helped resident walk OR saw resident walk		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(d) Sat resident up (bed or chair) OR saw resident sitting		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(i) Bathed resident OR gave resident sponge bath		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(e) Dressed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

Porre "X" sulla sede del dolore
Porre "O" sulla sede di lesioni cutanee

ASK THE PATIENT: Do you hurt? yes no

Pain Response (What did you see and hear during care?)

Pain Words?
- "That hurts!"
- "Ouch!"
- "Stop that!"
 YES NO

How intense were the pain words?
0 1 2 3 4 5
Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Pain Faces?
- grimaces
- furrowed brow
- winces
 YES NO

How intense were the pain faces?
0 1 2 3 4 5
Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Bracing?
- rigidly
- holding
- guarding (especially during movement)
 YES NO

How intense was the bracing?
0 1 2 3 4 5
Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Pain Noises?
- moans
- cries
- groans
- gasps
- grunts
- sighs
 YES NO

How intense were the pain noises?
0 1 2 3 4 5
Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Rubbing?
- massaging affected area
 YES NO

How intense was the rubbing?
0 1 2 3 4 5
Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Restlessness?
- frequent shifting
- rocking
- inability to stay still
 YES NO

How intense was the restlessness?
0 1 2 3 4 5
Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Locate Problem Areas

Please "X" the site of any pain
Please "O" the site of any skin problems

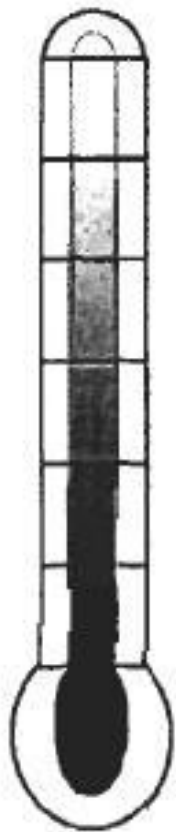
FRONT BACK



Snow et al, Dement Geriatr Cogn Disord 2004

NOPPAIN

3) L'operatore deve indicare il livello massimo di dolore rilevato durante l'assistenza



Dolore severo (10)

Dolore intenso (7-9)

Dolore moderato (4-6)

Dolore lieve (1-3)

Assenza di dolore (0)

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NELLA DEMENTIA MODERATA

The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale

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

Archives of Gerontology and Geriatrics – Article in Press

INTRODUZIONE: lo scopo di questo studio è quello di valutare la validità della versione italiana della PAINAD come strumento per misurare il dolore nei soggetti dementi.

DISCUSSIONE: Lo studio suggerisce che la versione italiana della PAINAD è un buon strumento di valutazione del dolore nei soggetti con demenza moderata. Lo studio stabilisce la validità dello strumento.

PAINAD

	0	1	2
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-stokes
Vocalizzazione	Normale	Occasionali lamenti. Saltuaria coprolalia.	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto.
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta.	Smorfie.
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza.	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a scatti.
Consolabilità	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco.	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Utilizzare strumenti appropriati che attribuiscano un valore

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NELLA DEMENZA AVANZATA

PAIN IN ELDERLY PEOPLE WITH SEVERE DEMENTIA: A SISTEMATIC REVIEW OF BEHAVIORAL PAIN ASSESSMENT TOOLS

Sandra MG Zwakhalen, Jan PH Hamers, Huda Huijer Abu Saad

BMC Geriatrics 2006, 6:3

[HTTP://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3)

È una revisione della letteratura che prende in considerazione le pubblicazioni apparse nell'arco di 17 anni dal 1988 a gennaio 2005.

Criteria di inclusione:

- ✓ Pubblicazioni che descrivano strumenti di valutazione per pazienti anziani con demenza o per un sottogruppo di questo gruppo di popolazione, per esempio, pazienti con Demenza di Alzhiemer
- ✓ Le scale di valutazione devono misurare il dolore attraverso self report o valutazioni comportamentali
- ✓ Pubblicazioni in inglese, olandese, tedesco o francese
- ✓ Le pubblicazioni devono essere diverse da studi di caso o reviews/fonti secondarie

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NELLA DEMENZA AVANZATA

PAIN IN ELDERLY PEOPLE WITH SEVERE DEMENTIA: A SISTEMATIC REVIEW OF BEHAVIORAL PAIN ASSESSMENT TOOLS

Sandra MG Zwakhalen, Jan PH Hamers, Huda Huijjer Abu Saad

BMC Geriatrics 2006, 6:3

[HTTP://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3)

Sono stati presi in considerazione 12 strumenti di valutazione
(elencate in ordine cronologico:

- DOLOPLUS2 (Wary et al.)
- ECPA (Alix et al.)
- ECS (Baulon et al.)
- Observational Pain Behaviour Tool (Simons e Malbar)
- CNPI (Feldt)
- PACSLAC (Fuchs et al.)
- PAINAD (Warden et al)
- PADE (Villanueva et al.)
- RaPID (Sign and Orrell)
- Abbey Pain Scale (Abbey et al.)
- NOPPAIN (Snow et al.)
- Pain assessment scale for use with cognitively impaired in adults (Davies et al.)

1992



2004

Utilizzare strumenti appropriati che attribuiscono un valore

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NELLA DEMENZA AVANZATA

PAIN IN ELDERLY PEOPLE WITH SEVERE DEMENTIA: A SISTEMATIC REVIEW OF BEHAVIORAL PAIN ASSESSMENT TOOLS

Sandra MG Zwakhalen, Jan PH Hamers, Huda Huijjer Abu Saad
BMC Geriatrics 2006, 6:3

[HTTP://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3)

Gli scale di valutazione sono state valutate secondo questi criteri:

- Dimensione degli items e punteggio
- Origine degli items
- Numero di soggetti valutati
- Validità
- Omogeneità
- Affidabilità
- Applicabilità

A ogni criterio di valutazione è poi stato attribuito un punteggio variabile tra 0 e

2 e il punteggio massimo totalizzabile è 20.

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NELLA DEMENZA AVANZATA

PAIN IN ELDERLY PEOPLE WITH SEVERE DEMENTIA: A SISTEMATIC REVIEW OF BEHAVIORAL PAIN ASSESSMENT TOOLS

Sandra MG Zwakhalen, Jan PH Hamers, Huda Huijjer Abu Saad

BMC Geriatrics 2006, 6:3

[HTTP://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3)

Punteggi relativa alla valutazione secondo i criteri precedentemente descritti:

- DOLOPLUS2 = **punti 11**
- ECPA = **punti 11**
- ECS = punti 4
- Observational Pain Behaviour Tool = punti 4
- CNPI = punti 7
- PACSLAC = **punti 11**
- PAINAD = **punti 11**
- PADE = punti 10
- RaPID = punti 9
- Abby Pain Scale = punti 10
- NOPPAIN = punti 5
- Pain assessment scale for use with cognitively impaired in adults = punti 4

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NELLA DEMENZA AVANZATA

DOLOPLUS-2 by Wary et al. 1992

Caratteristiche:

- Deriva dalla Douleur Enfant Gustave Roussy (DEGR) scala per la valutazione del dolore nei bambini
- È composta da 10 items suddivisi in 3 dimensioni
 - 1) Somatic Reaction
 - 2) Psicomotor Reaction
 - 3) Psychosocial Reaction
- I punteggi assegnati per ogni item possono variare da 0 (assenza del dolore) a 3 (massimo dolore) e la loro somma varia in un range compreso tra 0 e 30
- Cut-off = 5
- È costruita per valutare la progressione dell'esperienza dolore e non la presenza di dolore in uno specifico momento
- Ne esistono due versioni una in francese e una in inglese (consultabili sul sito www.doloplus.com), non ne esiste una versione in italiano

DOLOPLUS-2 SOMATIC REACTION

<p>1) SOMATIC COMPLAINTS</p>	<p>➤ <i>No complaints</i></p> <p>➤ <i>Complaints expressed upon inquiri only</i></p> <p>➤ <i>Occasional involuntary compliants</i></p> <p>➤ <i>Continuos involuntary compliants</i></p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p>2) PROTECTIVE BODY POSTURES ADOPTED AT REST</p>	<p>➤ <i>No protective body posture</i></p> <p>➤ <i>The patient occasionally avoids certain position</i></p> <p>➤ <i>Protective postures continuously and effectively sought</i></p> <p>➤ <i>Protective postures continously sought, without success</i></p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>

Utilizzare strumenti appropriati che attribuiscono un valore

DOLOPLUS-2 SOMATIC REACTION

Utilizzare strumenti appropriati che attribuiscono un valore

3) PROTECTION OF SORE AREAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>No protective action taken</i> ➤ <i>Protective action taken attempted without interfering against any investigation or nursing</i> ➤ <i>Protective actions against any investigation or nursing</i> ➤ <i>Protective actions taken at rest, even when not approached</i> 	<p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">3</p>
4) EXPRESSION	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Usual expression</i> ➤ <i>Expression showing pain when approached</i> ➤ <i>Expression showing pain even without being approached</i> ➤ <i>Permanent and unusually blank look (voiceless, staring, looking blank)</i> 	<p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">3</p>
5) SLEEP PATTERN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Normal sleep</i> ➤ <i>Difficult to go to sleep</i> ➤ <i>Frequent waking (restlessness)</i> ➤ <i>Permanent affecting waking times</i> 	<p style="text-align: center;">0</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">3</p>

DOLOPLUS-2 PSYCHOMOTOR REACTION

Utilizzare strumenti appropriati che attribuiscano un valore

<p>6) WASHING AND/OR DRESSING</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Usual abilities unaffected</i> ➤ <i>Usual abilities slightly affected (careful but thorough)</i> ➤ <i>Usual abilities highly impaired, washing and/or dressing is laborious and incomplete</i> ➤ <i>Washing and dressing rendered impossible as the patient resist all persuasion</i> 	<p>0 1 2 3</p>
<p>7) MOBILITY</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Usual abilities and activities remain unaffected</i> ➤ <i>Usual activities are reduced (the patients avoids certain movements and reduces his/her walking distance)</i> ➤ <i>Usual activities and abilities reduced (even with help, the patient cuts down on his/her movements)</i> ➤ <i>Any movements is impossible, the patients resists all persuasion</i> 	<p>0 1 2 3</p>

DOLOPLUS-2 PSYCHOSOCIAL REACTIONS

Utilizzare strumenti appropriati che attribuiscono un valore

8) COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Unchanged</i> ➤ <i>Heightened (the patient demands attention in an usual manner)</i> ➤ <i>Lessened (the patient cuts him/her off)</i> ➤ <i>Absence or refusal of any form of communication</i> 	<p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
9) SOCIAL LIFE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Partecipates normally in every activity (meals, entrainment, terapy workshop)</i> ➤ <i>Partecipates in activities when asked to do so only</i> ➤ <i>Sometimes refuses to partecipate in any activity)</i> ➤ <i>Refuses to partecipate in anything</i> 	<p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
10) PROBLEMS OF BEHAVIOUR	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Normal behaviour</i> ➤ <i>Problems of ripetitive reactive behaviour</i> ➤ <i>Problems of permanent reactive behaviour</i> ➤ <i>Permanent behaviour (without any external stimulus)</i> 	<p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>

SCORE ___/30

DOLOPLUS2: DALLA TEORIA ALLA PRATICA

THE NORVEGIAN DOLOPLUS-2, A TOOL BEHAVIOURAL PAIN ASSESSMENT: TRASLATION AND PILOT-VALIDATION IN NURSING HOME PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

Holen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjornnnes M, Stenseth g, Hval B, Filbet M, loge JH, Kaasa S. PALLIAT MED. 2005 Jul; 19(5):411-7

OBIETTIVI:

1. tradurre la Doloplus2 in norvegese
2. esaminare la validità dello strumento

METODO: Somministrazione della Dolplus2 in 59 pazienti con demenza da un gruppo di infermieri in collaborazione con due assistenti ricercatori in tre diverse case di riposo e successiva comparazione del risultato ottenuto con l'osservazione clinica degli operatori

CONCLUSIONI: La Doloplus2 tradotta in norvegese, in questo studio pilota, dimostra soddisfacenti criteri di validità e valutazione clinica. I contenuti dello strumento necessitano comunque di una generale rivalutazione, specialmente riguardo agli items relativi alla sfera psicosociale.

MOBID-2 PAIN SCALE

Mobilization-**O**bservation-**B**ehaviour-**I**ntensity-**D**ementia

La MOBID-2 è un nuovo metodo per valutare i comportamenti dei pazienti che possono essere causati da dolore (dolori muscolosceletrici, mal di testa, dolore agli organi interni, dolori della pelle).

È costruita per valutare il dolore nocicettivo o altri tipi di dolore in soggetti anziani con demenza.

La MOBID-2 è una estensione della MOBID Pain Scale (2007).

MOBID-2 PAIN SCALE

Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia

La MOBID-2 è un nuovo metodo per valutare i comportamenti dei pazienti che possono essere causati da dolore (dolori muscolosceletrici, mal di testa, dolore agli organi interni, dolori della pelle).

La MOBID-2 è una estensione della MOBID Pain Scale (2007).

È composta da due parti:

1. Parte 1: la MOBID Pain Scale
2. Parte 2: indaga il dolore proveniente dagli organi interni, dalla testa e dalla pelle registrato dai caregivers attraverso l'osservazione dei comportamenti correlati al dolore; localizzazione del dolore e l'intensità del dolore dedotta

PAIN IN OLDER PERSON WITH SEVERE DEMENTIA. PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE MOBILIZATION - OBSERVATION-BEHAVIOUR-INTENSITY-DEMENTIA (MOBID-2) PAIN SCALE IN CLINICAL SETTING.

Bettina S. Husebo et al. Scand J Caring Sci 2010

MOBID-2 PAIN SCALE

Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia

È composta da due parti:

1. Parte 1: la MOBID Pain Scale
2. Parte 2: indaga il dolore proveniente dagli organi interni, dalla testa e dalla pelle registrato dai caregivers attraverso l'osservazione dei comportamenti correlati al dolore; localizzazione del dolore e l'intensità del dolore dedotta

L'associazione tra la valutazione infermieristica dell'intensità del dolore del paziente mediante MOBID 2 e dei medici attraverso la valutazione clinica è alta.

PAIN IN OLDER PERSON WITH SEVERE DEMENTIA. PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE MOBILIZATION - OBSERVATION-BEHAVIOUR-INTENSITY-DEMENTIA (MOBID-2) PAIN SCALE IN CLINICAL SETTING.

Bettina S. Husebo et al. Scand J Caring Sci 2010

MOBID-2 PAIN SCALE

Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia

PARTE 1

Poni attenzione ai comportamenti di dolore nel paziente durante le cure quotidiane.

Osserva il paziente prima dell'inizio della mobilizzazione.

Spiega chiaramente cosa sta per accadere.

Guida il paziente attentamente nelle attività dalla 1 alla 5.

Blocca immediatamente i movimenti se il comportamento che manifesta dolore è percepito.

Registra le tue osservazioni dopo ogni attività.

MOBID-2 PAIN SCALE

Mobilization-**O**bservation-**B**ehaviour-**I**ntensity-**D**ementia

PARTE 1

PARTE 2

[*Mobid-2PainScaleenglish.pdf*](#)

PAIN IN OLDER PERSON WITH SEVERE DEMENTIA. PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE MOBILIZATION - OBSERVATION-BEHAVIOUR-INTENSITY-DEMENTIA (MOBID-2) PAIN SCALE IN CLINICAL SETTING.

Bettina S. Husebo et al. Scand J Caring Sci 2010

RIASSUMENDO

- Spesso gli anziani non fanno o non vogliono riferire il dolore, o non danno peso al dolore cronico quindi non lo riferiscono.
- Le indicazioni sono di indagare sempre la possibile presenza di dolore.
- Proporre il maggior numero possibile di aggettivi per descrivere il dolore.
- Usare strumenti visivi per indagare la localizzazione del dolore.
- Usare di routine scale verbali o numeriche semplici per indagare l'intensità del dolore.
- Usare gli stessi strumenti lungo tutto il percorso di valutazione.
- Utilizzare strumenti di self report.