



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA GESTIONE E LA VALUTAZIONE DEL
DOLORE NEL PAZIENTE CON
DECADIMENTO COGNITIVO**

Relatore: Chiar.ma
Dott.ssa Tiziana Traini

Tesi di Laurea di:
Martina Vagnoni

A.A. 2020/2021

L'assistenza infermieristica è un'arte.

È una delle Belle Arti.

Anzi, la più bella delle Arti Belle.

(Florence Nightingale)

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
-------------------	---

Capitolo I : QUADRO TEORICO

1.1.Le demenze: aspetti generali	3
1.2.Classificazione delle demenze	5
1.3. Evoluzione clinica.....	6

Capitolo II :IL DOLORE

2.1. Il dolore:definizione e aspetti generali.....	12
2.2. Aspetti normativi	14
2.3. Relazione tra dolore e demenze.	15
2.4. Ruolo dell'infermiere nell'accertamento del dolore	16
2.5. Strumenti di valutazione del dolore.....	18
2.6. Problemi legati al riconoscimento e trattamento del dolore	23

Capitolo III : MATERIALI E METODI

3.1 Background	25
3.2. Obiettivo	25
3.3. Quesito di ricerca.....	25
3.4. Materiali e metodi.....	26
3.5. Limiti dello studio	35
3.6. Risultati.....	35
3.7. Discussioni	36
3.8. Conclusioni	37

CAPITOLO IV :PROPOSTA

4.1.Scelta della scala più adeguata in rapporto al grado di decadimento cognitivo.....	38
---	----

BIBLIOGRAFIA	41
SITOGRAFIA	45
RINGRAZIAMENTI.....	50

INTRODUZIONE

Il dolore è comune nelle persone con demenza ed in quanto soggettivo rappresenta una vera e propria sfida, soprattutto nelle fasi di valutazione, del trattamento e della cura. Ad ogni modo, sono presenti notevoli carenze nelle prove a supporto della valutazione e del trattamento del dolore.

Nonostante vent'anni di discussioni sul dolore e sulla demenza e la prevalenza di malattie croniche come artrite o cancro, ci sono evidenze che il dolore nelle persone anziane e, in particolare, in quelle con demenza, sia sottostimato e sotto-trattato sia nei contesti di cura di lungo-degenza, o istituzioni, che nei contesti acuti. Numerosi studi hanno portato alla conclusione che dal 30 all'83% degli anziani provano dolore.

L'evoluzione della medicina ha portato ad un allungamento della vita media e un aumento delle fragilità, dunque ad un maggior controllo delle patologie cronico-degenerative.

Di conseguenza con l'aumento della fragilità nell'età più avanzata dell'età dell'uomo, l'obiettivo principale è quello di garantire una buona qualità di vita associata al mantenimento del livello più alto di autonomia, anche attraverso il controllo e il riconoscimento del dolore cronico.

La perdita delle capacità di comunicazione rappresenta un fattore notevole che va ad influire sull'abilità degli anziani affetti da demenza di quantificare la loro esperienza dolorosa e questo rappresenta una grave barriera all'accertamento del dolore, ponendo questi individui ad alto rischio di non rilevamento e sotto-trattamento

Negli anziani con demenza, il dolore si manifesta spesso in forme non usuali/atipiche, come disturbi del sonno, problemi muscoloscheletrici, minor grado di mobilità, cadute, malnutrizione, deterioramento cognitivo, ma anche depressione, ridotta partecipazione sociale, aggressività. Spesso il personale sanitario va ad interpretare questi sintomi come sintomi neuropsichiatrici relativi alla demenza, per questo motivo, frequentemente, invece di somministrare analgesici, si fa ricorso a contenzione fisica (in caso di aggressione), o a farmaci psicotropi.

L'utilizzo di restrizioni fisiche o chimiche per gestire un comportamento anomalo viola, inoltre, il rispetto dell'autonomia della persona.

Utilizzare un migliore approccio per gestire questi comportamenti potrebbe rappresentare l'identificazione delle cause scatenanti.

Il dolore cronico, la sua rilevazione e quantificazione nelle persone con deficit cognitivo e l'identificazione di approcci terapeutici utili, è di grande interesse e importanza, poiché è presente un progressivo aumento dell'invecchiamento della popolazione e un'elevata presenza di demenza negli anziani, causato principalmente da malattie neurodegenerative, che portano al deterioramento cognitivo e possono influenzare la percezione del dolore.

L'inadeguato trattamento e il mancato riconoscimento del dolore cronico porta ad una conseguente disabilità e va a scaturire altri fattori rilevanti che vanno ad incidere significativamente sulle condizioni di vita dell'anziano.

L'approccio e la valutazione del dolore nel paziente anziano sono estremamente difficili, in quanto richiede un approccio mirato e diverso da quello dell'adulto o del bambino, poiché hanno un'alterata percezione del dolore, pertanto deve essere eseguita, in modo scrupoloso, ricordando che i sintomi rilevabili possono essere diversi rispetto ai soggetti giovani. Quindi, una precisa valutazione del dolore e un'adeguata identificazione delle condizioni presenti, possono preservare la dignità della persona e migliorare la qualità di vita anche nell'età conclusiva.

L'obiettivo di questa ricerca è quello di identificare gli strumenti di valutazione del dolore più validi e metodi per la gestione del dolore adeguati, raccomandati dalla letteratura e dalle evidenze scientifiche, che l'infermiere può utilizzare a seconda della fase specifica della patologia.

CAPITOLO I

1.1 Le demenze: aspetti generali

Il termine demenza deriva dal latino “dementia”, ovvero “demente” nel linguaggio medico è indice di deterioramento grave e irreparabile delle facoltà intellettive.

Si inizia a parlare di “demenza” dopo il ritrovamento e la pubblicazione, da parte del papa Niccolò V nel 1478, del trattato “De Medicina” scritto dall'enciclopedista e medico romano Aulo Cornelio Celso, probabilmente tra l'impero di Augusto e quello di Tiberio.

Si tratta di una patologia degenerativa e progressivamente invalidante, che colpisce le cellule cerebrali, provocandone la morte. In più del 90% dei casi l'esordio è sporadico; nel 5-10% dei casi si osserva familiarità.

Ad oggi la demenza è un termine generico utilizzato per descrivere un declino delle capacità mentali sufficientemente grave da interferire con la vita quotidiana.

Con la popolazione mondiale che invecchia, la demenza sta diventando l'emergenza medica e sociale più temuta del terzo millennio, con una incidenza di circa il 5% nella popolazione oltre i 65 anni di età e del 24 - 30% negli ultraottantenni. Si prevede che gli anziani con demenza fra 15 anni saranno quasi 90 milioni, destinati a triplicare nei successivi 20 anni. L'insorgenza della demenza è subdola, perché avanza in modo lento e graduale; per questo la Medicina odierna si sforza di individuarne le fasi iniziali, quando cioè la malattia è già presente ma in forma lieve ed il soggetto è ancora autonomo nella vita di tutti i giorni.

L'insorgenza della demenza è subdola, poiché avanza in modo lento e graduale; per questo la Medicina moderna tenta di individuarne le fasi iniziali, ovvero quando la malattia è già presente ma in forma lieve ed il soggetto è ancora autonomo nella vita di tutti i giorni. La condizione iniziale, che insorge intorno ai 60 anni, è definita Declino Cognitivo Lieve o MCI (acronimo di Mild Cognitive Impairment) e non coinvolge le funzioni cognitive generali, né le abilità funzionali, può rappresentare uno stato di transizione tra l'invecchiamento normale e la demenza.

I cambiamenti cerebrali legati all'età provocano un declino della memoria a breve termine e un rallentamento della capacità di apprendimento cognitivo lieve. Questi segni rappresentano un vero e proprio campanello di allarme in quanto potrebbe precedere lo

sviluppo negli anni successivi di una forma di demenza.

Questi cambiamenti, a differenza della demenza, avvengono normalmente man mano che si invecchia e non influenzano la capacità funzionale e di svolgere le attività quotidiane.

La perdita di memoria negli anziani non rappresenta necessariamente un segno di demenza o di malattia di Alzheimer precoce. Tuttavia, i primi sintomi di demenza sono molto simili.

Un deficit cognitivo lieve causa una maggiore perdita di memoria rispetto a quella legata all'età. Può alterare anche la capacità di usare il linguaggio, di pensare e di utilizzare il buon senso. Tuttavia, come la perdita di memoria legata all'età, questa non agisce sulle capacità funzionali o di svolgere le attività quotidiane. Circa la metà delle persone che soffrono di deficit cognitivo lieve, sviluppa demenza entro 3 anni.

Per declino cognitivo soggettivo si intende un ulteriore declino della funzione mentale che il soggetto affetto nota, ma che non è identificato mediante esami per il deficit cognitivo lieve.

La maggior parte delle situazioni che causano demenza non regredisce, ma alcune possono essere trattate e possono essere chiamate demenza reversibile .

Il trattamento può spesso curare queste demenze se il cervello non è stato troppo danneggiato. Se il danno cerebrale è più esteso, il trattamento spesso non lo fa regredire, ma può evitare nuovi danni.

La demenza è una forma di deterioramento dell'integrità mentale molto più grave, che peggiora con il tempo. Durante l'invecchiamento generalmente le persone possono smarrire oggetti o dimenticare particolari, ma quelle affette da demenza possono dimenticare interi eventi. Coloro che soffrono di demenza hanno difficoltà a svolgere le attività quotidiane come guidare, cucinare e gestire le proprie finanze.

Spesso la depressione può essere confusa alla demenza, soprattutto negli anziani, ma o si può fare una distinzione fra le due.

Le persone che soffrono di depressione possono mangiare e dormire poco, possono lamentarsi della loro perdita di memoria, ma raramente dimenticano gli eventi attuali importanti o le questioni personali e le persone con depressione solitamente recuperano la loro funzione mentale con la guarigione della depressione.

Mentre i soggetti che soffrono di demenza solitamente mangiano e dormono normalmente finché la malattia si aggrava, non si rendono conto dei loro problemi mentali e spesso negano la perdita di memoria. Tuttavia, molti soffrono sia di

depressione sia di demenza.

1.2 Classificazione delle demenze

Lo stato di demenza si può associare a diversi profili cognitivi deficitari, implica come condizione necessaria l'incapacità da parte del soggetto affetto di far fronte alle richieste della vita quotidiana, di conservare un comportamento adeguato alle circostanze, di controllare i propri stati emotivi.

Per definizione, la condizione di demenza implica la perdita stabile di abilità precedentemente acquisite, in opposizione a quella di oligofrenia, che definisce invece una carenza delle stesse abilità a causa di uno sviluppo deficitario. (Enciclopedia Treccani).

Esistono varie tipologie di demenze, vengono suddivise in base alla causa determinante, si dividono in forme reversibili e in forme irreversibili.

Le forme reversibili di demenza rappresentano una piccola parte, i disturbi principalmente sono secondari a malattie o disturbi a carico di altri organi o apparati (depressione, effetti collaterali di farmaci, uso eccessivo di alcol, problemi di tiroide, carenze vitaminiche).

Andando a curare nel modo più adeguato e tempestivo queste cause il quadro di deterioramento regredisce, e la persona può tornare al suo livello iniziale di funzionalità in cui si trovava in precedenza.

Mentre le demenze irreversibili vanno a rappresentare la maggioranza. A loro volta queste si distinguono in forme primarie e secondarie.

- Le forme primarie sono di tipo degenerativo che originano nel cervello e tra le principali andremo a distinguere la Demenza di Alzheimer e la demenza fronto-temporale, la Demenza a corpi di Lewy ed il Parkinson-demenza.
- Le forme secondarie sono dovute ad altre condizioni mediche e la più frequente è la demenza vascolare.

Ad oggi non sono del tutto chiari i meccanismi alla base dell'insorgenza delle demenze.

Le ipotesi formulate mettono in evidenza diversi fattori.

Alcuni studi sottolineano il ruolo dell'interazione tra geni e fattori ambientali, altri

sottolineano che il diabete, l'ipertensione, l'obesità, la scarsa attività fisica, il fumo, la depressione e un basso livello di istruzione possono aumentare il rischio di sviluppare una forma di demenza.

1.2 Evoluzione clinica

Demenze neurodegenerative primarie

La Malattia di Alzheimer (AD)

L'AD colpisce circa 35 milioni di persone in tutto il mondo e rappresenta dal 60 al 70% dei casi di deterioramento cognitivo progressivo nei pazienti anziani.

Alcuni Studi suggeriscono che molti fattori di rischio per l'AD sono modificabili.

La patologia dell'AD si sviluppa nel corso di decenni, quindi gli interventi di riduzione del rischio richiedono follow-up molto lunghi per mostrare gli effetti sull'incidenza di AD.

L'AD rappresenta la causa più comune di demenza negli anziani, è una malattia neurodegenerativa progressiva che priva progressivamente il paziente della funzione cognitiva.

La durata media della malattia è di 10-15 anni e la morte nella maggior parte dei casi è dovuta all'insorgenza di altre patologie, alle complicanze dell'allettamento e all'aggravarsi delle condizioni cliniche generali.

Vari studi identificano fattori di rischio e quattro fattori protettivi per l'AD per i quali sono stati pubblicati (età, sesso, istruzione, indice di massa corporea, diabete, depressione, colesterolo sierico, trauma cranico, fumo, assunzione di alcol, impegno sociale, attività fisica, attività cognitiva, consumo di pesce ed esposizione ai pesticidi).

Nella fase iniziale la malattia si manifesta con un deterioramento della memoria e di almeno un'altra funzione cognitiva.

Il deficit di memoria, dunque, rappresenta una delle principali manifestazioni e una condizione necessaria a porre la diagnosi di demenza. Il deterioramento delle altre funzioni cognitive avviene in tempi e modi diversi, secondo la localizzazione e il grado di atrofizzazione delle diverse zone del cervello. Inoltre, la manifestazione dei deficit della malattia dipende da altre variabili fondamentali come la storia e la personalità del

malato.

Gli eventi di vita stressanti come i traumi, la capacità di gestirli, la capacità di gestire i rapporti personali e sociali e la loro qualità, sono tutti elementi centrali nello sviluppo della malattia.

La progressiva disabilità causata dai deficit cognitivi può provocare errori di comprensione, comunicazione, controllo sull'ambiente e sugli stimoli esterni ed interni. Nelle fasi iniziali di malattia, infatti, si osserva la presenza di disturbi legati soprattutto a difficoltà di memoria e di attenzione. In questo caso il malato di AD può tendere a ridurre le proprie attività o a isolarsi per evitare le difficoltà legate ai deficit che lo affliggono. Con il progredire della malattia e il deterioramento di funzioni cognitive elementari si manifestano più facilmente disturbi comportamentali. Il malato inoltre può manifestare deliri, che possono concretizzarsi con il mancato riconoscimento dei familiari.

Demenza fronto-temporale

Le demenze frontotemporali (FTD) sono una delle forme prevalenti di malattie neurodegenerative precoci. Sono caratterizzate da manifestazioni cliniche e sindromi eterogenee. La demenza frontotemporale comprende tutti i processi degenerativi primari che iniziano nelle porzioni anteriori del cervello.

Il quadro clinico è determinato da disturbi comportamentali progressivi, disturbi funzioni esecutive e pronunciato deficit del linguaggio, soprattutto nei pazienti in età presenile. I primi sintomi della malattia di solito si verificano fino a 60 anni e il tempo medio di sopravvivenza dal momento della diagnosi varia da 3 a 10 anni.

Questo tipo di demenza è clinicamente caratterizzato da disturbi del comportamento e della personalità, più che da alterazioni cognitive.

In genere, nella demenza frontotemporale sono alterati soprattutto la personalità, il comportamento e, di solito, il linguaggio (sintassi e fluenza), mentre è presente una minore compromissione della memoria rispetto alla malattia di Alzheimer. Sono alterati il pensiero astratto e l'attenzione e le risposte sono disorganizzate. L'orientamento è intatto, ma può essere compromesso il recupero delle informazioni. Le capacità motorie sono generalmente conservate. I pazienti hanno difficoltà nell'esecuzione di prove in sequenza, malgrado le abilità visuospatiali e di tipo costruttivo siano meno coinvolte.

La Demenza a Corpi di Lewy

La demenza a corpi di Lewy (DLB) è la seconda demenza neurodegenerativa più comune dopo la malattia di Alzheimer. Deriva dalla formazione di corpi di Lewy, che contengono aggregati della proteina mal ripiegata, α -sinucleina. Questi si depositano in aree del sistema nervoso e del cervello, portando alla morte delle cellule neuronali e causando sintomi clinicamente evidenti. A causa della sua sovrapposizione clinica con altre forme di demenza, la DLB è mal diagnosticata. Attualmente non esiste una cura per la DLB e i trattamenti mirano a migliorare sintomi specifici.

Le caratteristiche cliniche di DLB includono allucinazioni, fluttuazioni cognitive e demenza nel contesto dei disturbi motori extrapiramidali.

Il tipico paziente con DLB si presenta con demenza precoce, spesso associata ad allucinazioni visive. Il declino cognitivo progressivo inizia presto, in genere dopo i 55 anni. È utile identificare i primi domini cognitivi compromessi, poiché questi possono puntare verso la Demenza a Corpi di Lewy. Sebbene possa essere coinvolta la memoria a breve termine, anche i domini cognitivi diversi dalla memoria sono frequentemente colpiti, tra cui l'attenzione, la funzione esecutiva e l'abilità visuo-spaziale. I pazienti possono quindi segnalare difficoltà iniziali nel multitasking al lavoro e a casa e possono iniziare a perdere il filo delle conversazioni.

In molti pazienti con DLB, la compromissione della memoria a breve termine riflette invece un problema di recupero delle informazioni memorizzate, che può essere migliorato con segnali. Errori di codifica e recupero della memoria possono essere differenziati su test cognitivi dettagliati. Nel tempo, i disturbi cognitivi dei pazienti progrediscono e si diffondono per coinvolgere altri domini cognitivi. Quando sono sufficientemente gravi da compromettere la funzione sociale o lavorativa (influenando sulle attività strumentali o di base della vita quotidiana), raggiungono i criteri per una diagnosi di demenza.

Parkinson-demenza

La malattia di Parkinson è alimentata dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento della longevità.

L'incidenza della malattia di Parkinson aumenta con l'età e aumenta notevolmente intorno ai 65 anni.

Il Parkinson è una malattia neurodegenerativa, ad evoluzione lenta ma progressiva, che coinvolge, principalmente, alcune funzioni quali il controllo dei movimenti e dell'equilibrio.

Si manifesta quando la produzione di dopamina nel cervello cala consistentemente. I livelli ridotti di dopamina sono dovuti alla degenerazione di neuroni, in un'area chiamata Sostanza Nera.

Circa il 20% dei pazienti presenta una storia familiare positiva per la malattia. Si stima che i familiari di persone affette da malattia di Parkinson presentino, un rischio di sviluppare la patologia lievemente superiore.

I fattori di rischio possono essere l'esposizione lavorativa: il rischio di malattia aumenta con l'esposizione a tossine quali alcuni pesticidi (per esempio il Paraquat) o idrocarburi-solventi (per esempio la trielina) e in alcune professioni che espongono i lavoratori a metalli pesanti (ferro, zinco, rame). L'esposizione al fumo di sigaretta riduce probabilmente la comparsa di malattia di Parkinson. Il fumo sembra essere cioè un fattore protettivo.

I principali sintomi motori della malattia di Parkinson sono il tremore a riposo, la rigidità, la bradicinesia e in una fase più avanzata, l'instabilità posturale; questi sintomi si presentano in modo asimmetrico (un lato del corpo è più interessato dell'altro). Il tremore non è presente in tutti i pazienti.

Di solito, le mani o i piedi sono interessati per primi, il più delle volte in modo asimmetrico. La mandibola e la lingua possono anche essere interessate, ma non la voce. Il tremore spesso può diventare meno evidente col progredire della malattia, mentre la rigidità si sviluppa in maniera indipendente dal tremore in molti pazienti.

I movimenti lenti (bradicinesia) sono segni tipici nel morbo di Parkinson associati ad un'attività motoria ripetitiva che si traduce in una progressiva o importante diminuzione dell'ampiezza del movimento (ipocinesia) e il movimento diventa difficile da avviare (acinesia).

In alcuni casi la faccia diviene simile a una maschera (ipomimica), con la bocca aperta e una riduzione dell'ammiccamento e l'eccessiva perdita di saliva (scialorrea) può contribuire all'invalidità del paziente. L'eloquio diventa ipofonico, con una caratteristica disartria monotona e talvolta balbettante.

L'instabilità posturale rappresenta un segno significativo e può svilupparsi successivamente nel morbo di Parkinson.

I pazienti affetti dalla malattia di Parkinson hanno difficoltà nell'iniziare a camminare, girarsi e fermarsi, barcollano, fanno piccoli passi, tengono le braccia flesse fino al

bacino, e oscillano le braccia poco o per niente a ogni passo.

La demenza si sviluppa in circa un terzo dei pazienti, di solito nelle fasi avanzate di morbo di Parkinson. Predittori precoci del suo sviluppo sono anomalie video-spaziali (p. es., perdersi durante la guida) e diminuzione della fluenza verbale.

I disturbi del sonno sono frequenti in quanto la nicturia o l'incapacità di girarsi nel letto possono causare insonnia, poiché la deprivazione del sonno può aggravare la depressione e il deficit cognitivo e causare eccessiva sonnolenza diurna

Demenza vascolare (VaD)

La demenza vascolare è un deterioramento delle capacità mentali causato da lesioni ischemiche del cervello.

L'inizio della demenza vascolare può essere relativamente improvviso, poiché possono verificarsi molti infarti prima che appaiano dei sintomi. Questi infarti possono danneggiare aree del cervello responsabili di una funzione specifica oppure produrre dei sintomi generalizzati di demenza.

La demenza vascolare comprende un gruppo eterogeneo di condizioni che coprono una gamma di presentazioni cliniche e neuropatologiche della demenza che causa malattie cerebrovascolari.

Le caratteristiche cliniche più comuni associate alle demenze vascolari sono: ipertensione, alterazioni estese periventricolari e della sostanza bianca profonda alla risonanza magnetica (leucoaraiosi) e compromissione differenziale sui test neuropsicologici che valutano la capacità di stabilire/mantenere il set mentale e visuocostruzione, con punteggi relativamente più alti nei test di memoria a riconoscimento ritardato.

Dal punto di vista neuropsicologico, il VaD è stato tradizionalmente caratterizzato da un modello "a chiazze" di deficit cognitivi, questo pattern "a chiazze" è associato a un tipo di infarto corticale multiplo del VaD e che esistono diversi sottotipi aggiuntivi di VaD, ciascuno caratterizzato da un pattern caratteristico di deficit neuropsicologici. Le demenze infartuate strategiche hanno caratteristiche uniche che riflettono la specifica regione del cervello colpita.

I sintomi e segni di demenza vascolare sono simili a quelli di altre demenze (p. es., perdita di memoria, funzione esecutiva alterata, difficoltà ad iniziare azioni o compiti, pensiero rallentato, cambiamenti di umore e di personalità, deficit del linguaggio).

Tuttavia, rispetto alla malattia di Alzheimer, la demenza vascolare tende a causare la perdita di memoria più tardi e ad influenzare la funzione esecutiva più precocemente. Inoltre, i sintomi possono variare a seconda di dove si verificano gli infarti.

Contrariamente ad altre demenze, la demenza multi-infartuale tende ad avanzare per step progressivi; ciascun episodio è accompagnato da declino sul piano cognitivo, talora seguito da un modesto recupero.

Il deficit cognitivo può essere focale. Per esempio, la memoria a breve termine può essere meno coinvolta rispetto ad altre forme di demenza. Poiché la perdita può essere focale, i pazienti possono conservare più aspetti della funzione mentale.

Pertanto, essi possono essere maggiormente consapevoli del loro deficit e la depressione può essere più frequente in questa malattia che non nelle altre demenze.

CAPITOLO II: IL DOLORE

2.1 Il dolore: definizione e aspetti generali

Il dolore, secondo la definizione ufficiale dell'IASP (*International Association for the Study of Pain*), è «un'esperienza emozionale e sensoriale spiacevole associata a un danno tissutale acuto o potenziale».

E' definito il quinto parametro vitale ed in ambito ospedaliero viene rilevato quotidianamente.

Il dolore è visto come l'insieme di due componenti, una esperienziale e una percettiva.

La parte esperienziale del dolore è determinata da vari fattori: affettivi, cognitivi, socioculturali, legati alla struttura psicologica e riguardanti esperienze passate.

La parte percettiva invece è quella legata alla ricezione e al trasporto al sistema nervoso centrale di stimoli dannosi o potenzialmente tali.

Si capisce quindi la natura "soggettiva" del dolore che racchiude sia la componente puramente sensoriale-discriminativa (ad es. da stimolo nocicettivo, quindi sintomatologica) sia la componente affettivo-emozionale (cioè la sua tonalità: spiacevole, penosa, difficilmente sopportabile ecc..) che quella cognitivo-comportamentale (rappresenta lo stato psichico collegato alla percezione di una sensazione spiacevole e il comportamento che genera nella persona).

Il dolore nella sua forma transitoria è un sintomo di difesa dell'organismo, che permette di "correre ai ripari" prima che si verifichi un danno tissutale importante. Il dolore come sintomo dovrebbe essere considerato il quinto segno vitale insieme a pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura corporea

Il dolore viene distinto in dolore acuto, e dolore cronico;

- Il dolore acuto è conseguenza di un trauma (es. frattura ossea, parto) o di un intervento chirurgico, ha un esordio definito nel tempo e si associa ad iperreattività del sistema nervoso autonomo. L'entità del dolore acuto è correlata alla gravità del danno tissutale o al trauma.
- Il dolore è definito cronico quando ha una durata superiore ai tre mesi e comporta cambiamenti nella vita propria e di relazione del paziente.

Quando il dolore da acuto si trasforma in cronico perde la sua originaria funzione di allarme impattando negativamente sul benessere e sulla qualità di vita della persona che

ne è affetta.

È possibile individuare diversi fattori di rischio e fattori preventivi nella trasformazione del dolore da acuto a cronico. Per parlare di prevenzione è quindi importante identificare questi fattori ed intervenire nel potenziamento di quelli protettivi e nella diminuzione di quelli di rischio.

Le persone anziane offrono sfide distinte all'interno dell'ambiente ospedaliero poiché il dolore non solo causa molta sofferenza ma riduce anche la qualità della vita dell'individuo e li predispone a una serie di condizioni mediche, tra cui depressione, disturbi del sonno, ansia e occasionalmente comportamenti aggressivi.

Il dolore cronico ha un elevato impatto sulla vita quotidiana: il 17% dei pazienti perde il lavoro, il 20% è costretta a cambiare il lavoro, 22% dei pazienti va incontro a depressione e il 28% deve modificare le sue mansioni professionali.

Alcune forme di dolore acuto possono evolvere in forme croniche, fra queste il dolore postoperatorio.

In base alla durata nel tempo, il dolore può essere classificato oltre che in acuto e cronico, anche in:

- dolore transitorio
- dolore recidivo
- dolore persistente

Il dolore transitorio è dovuto alla stimolazione dei nocicettori senza evidenza di danno tissutale e svanisce quando cessa lo stimolo.

Il dolore recidivo è il dolore che si manifesta ad intervalli di tempo (es. mal di testa).

Il dolore persistente è il dolore che si mantiene nel tempo per la permanenza dello stimolo nocicettivo o dei processi di nocicezione.

L'età avanzata non aumenta la tolleranza al dolore né diminuisce la sensibilità al dolore: gli studi hanno evidenziato che i circuiti del sistema nervoso coinvolti nei processi nocicettivi non si modificano con l'invecchiamento. L'intensità e la frequenza del dolore cronico sembrano, invece, aumentare con l'età.

Nella persona anziana il dolore poco o inadeguatamente curato è in grado di generare una serie di complicazioni che influiscono sulla qualità di vita.

2.2 Aspetti normativi

La valutazione e il trattamento del dolore nel paziente con decadimento cognitivo è un problema che interessa vari ambiti, come quello etico, sociale e deontologico.

Nel Codice Deontologico appunto, vari articoli trattano l'argomento del dolore.

Nell'articolo 18 che viene così enunciato *'L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona'*.

L'articolo 34 cita: *"L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari"*

L'art 35 recita: *"L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale"*.

Il Decreto Ministeriale n° 739 del 1994 (Profilo dell'Infermiere), nel comma 3 dell'Articolo 1, nell'affermare che *"l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività"*, riconosce il ruolo fondamentale del lavoro di équipe all'interno della quale la professione infermieristica riveste un ruolo fondamentale, essendo proprio l'infermiere il professionista che per primo si interfaccia col paziente/utente, quando questi si rivolge ad una qualsiasi struttura sanitaria.

In questo comma viene riconosciuta la capacità esclusiva dell'infermiere di identificare i bisogni di assistenza infermieristica, dai quali scaturisce poi l'identificazione di obiettivi preceduti da un'adeguata pianificazione dell'assistenza.

Il dolore rappresenta il quinto parametro vitale (Legge 38/2010), ed è l'unico, rispetto ai tradizionali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, frequenza respiratoria) che viene descritto in primis dal paziente (self-report), principale interlocutore capace di dare una "dimensione" alla sintomatologia algica, in termini di intensità e di interazione con le attività di vita quotidiana, in quanto in grado di alterare l'integrità fisica e psichica del paziente e produrre angoscia e preoccupazione ai suoi familiari, con un notevole impatto sulla propria e altrui qualità della vita.

2.3 Relazione tra dolore e demenza

Il controllo del dolore nel neonato e nell'adulto ha ricevuto grande attenzione negli ultimi 30 anni, al contrario nel paziente anziano è stato poco considerato.

La valutazione del dolore nel paziente anziano può essere maggiormente complessa data la presenza di un possibile stato di decadimento cognitivo dovuto a patologie neurodegenerative come la demenza. Data la difficoltà di riferire il dolore e la sua

entità, dovuta allo stato di demenza, in questi soggetti tale fenomeno rischia di essere sottovalutato e sotto trattato. A complicare il quadro sono gli stessi segni comportamentali di demenza o sintomi psicologici come confusione, agitazione, aggressività, allucinazioni che possono oscurare la presenza di dolore, segnalata, invece, da altri segni come pianto, smorfie del viso, assenza di riposo, lamentele o chiamate persistenti. (MG Zwakhalen et al., 2006)

Un'inadeguata valutazione della presenza di dolore nel paziente demente, si traduce inevitabilmente in una carente assistenza e può avere ulteriori conseguenze negative come l'aumento di insorgenza di depressione, stati di agitazione, riduzione della mobilità ed allungamento dei tempi di degenza.

Alcuni studi hanno dimostrato che, date le barriere comunicative dovute alla patologia, gli anziani con decadimento cognitivo rischiano di ricevere un minor numero di farmaci analgesici, anche dopo l'esecuzione di interventi chirurgici, rispetto a coloro che non ne sono affetti.

Esistono purtroppo dei pregiudizi e dei luoghi comuni sul dolore nel paziente anziano, come l'età avanzata che viene considerata spesso un analgesico naturale, l'anziano non avrebbe bisogno di analgesici per via di una storica capacità di sopportare il dolore, la sottostima della loro sensibilità al dolore, maggiore livello di tollerabilità del dolore dovuta all'età, e un giudizio erroneo sulla capacità di trarre beneficio dall'impiego di una terapia analgesica a base di oppioidi.

Le principali conseguenze del dolore che si possono verificare nei pazienti affetti da demenza possono essere: un ulteriore declino delle funzioni cognitive, una ridotta socializzazione, ansia, disturbi del sonno, perdita di appetito e memoria, depressione, perdita di peso, agitazione, comportamento resistente, aggressività, continui richiami, delirium, ridotta mobilità e perdita delle autonomie.

Solitamente il dolore nei soggetti con demenza e con deficit cognitivi risulta sottostimato e sotto trattato e questa tipologia di pazienti riceve meno analgesici rispetto agli individui più giovani affetti da altre patologie.

2.4. Ruolo dell'infermiere nell'accertamento del dolore

L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nella gestione del dolore, per via della stretta relazione con i pazienti; infatti, l'infermiere è il professionista che si trova più frequentemente in relazione con il paziente con sintomatologia dolorosa ed è la figura sulla quale riflette le proprie ansie, le proprie paure e alla quale vengono richieste

spiegazioni e informazioni.

L'infermiere si occupa dell'approccio al paziente che prova dolore, difatti, assiste quotidianamente persone che vivono con dolore, interessandosi ad esso nella misura in cui limita l'autonomia della persona nel soddisfacimento dei propri bisogni.

Il processo diagnostico che l'infermiere compie per una corretta valutazione del dolore considera i caratteri classici di tipo, intensità, durata, distribuzione spazio-temporale e correlazione con fattori allevianti o scatenanti.

Lo scopo della pianificazione assistenziale infermieristica per la persona con dolore è massimizzare la qualità di vita della persona, nonostante il dolore.

Il ruolo dell'infermiere è quello di assistere l'individuo sano o malato, per aiutarlo a compiere quegli atti tendenti al mantenimento della salute o alla guarigione, o prepararlo ad una morte serena e di favorire la sua partecipazione attiva in modo di aiutarlo a riconquistare, il più rapidamente possibile, l'indipendenza.

La regola fondamentale nell'assistenza al paziente che prova dolore è che ogni dolore è reale, anche quando la causa è ignota.

L'infermiere si occupa di:

- Verificare e applicare le indicazioni del medico;
- Raccogliere informazioni che il paziente riesce a dare;
- Annotare tali informazioni fra le osservazioni del paziente (parametri vitali);
- Utilizzare strumenti specifici per la rilevazione/valutazione del dolore;
- Tranquillizzare il paziente;
- Vigilare sulle condizioni del paziente.

L'infermiere come educatore e responsabile dell'assistenza infermieristica utilizza tutti i mezzi per alleviare la sofferenza e deve assicurarsi che il paziente riceva un'assistenza basata sull'evidenza scientifica e un trattamento efficace che risolva il dolore.

Per le persone con deficit cognitivo, il ricovero in ospedale per acuti può causare uno stress immenso, con conseguente aumento del disorientamento e l'emergere di comportamenti che sfidano il personale di reparto.

Nonostante una maggiore consapevolezza della necessità di valutare e trattare efficacemente il dolore, sembrerebbe che gli operatori sanitari restino riluttanti a prescrivere l'analgesia per i pazienti più anziani in generale e per i pazienti con deficit cognitivo.

Poiché gli infermieri sono fondamentali per la valutazione del dolore e i processi decisionali di gestione, è imperativo per gli infermieri che lavorano in ambito ospedaliero per acuti comprendere l'effetto che il deterioramento cognitivo ha sui pazienti e come questo si adatta al dolore e alla sua gestione. Tuttavia, il personale infermieristico che si prende cura di pazienti anziani con malattie acute, con vari gradi di deterioramento cognitivo, spesso richiede assistenza aggiuntiva per acquisire le competenze, le conoscenze e le competenze specialistiche necessarie per migliorare le pratiche di valutazione del dolore. Per aggravare i problemi, le strutture ospedaliere per acuti non hanno sempre un ambiente di cura favorevole a soddisfare le esigenze dei pazienti più anziani con deficit cognitivo, come carichi di lavoro elevati e ambienti rumorosi del reparto possono far sì che le persone anziane non siano in grado di conformarsi alle pratiche standard di valutazione del dolore, rendendo potenzialmente la situazione stressante e difficile per i pazienti. (Montoro-Lorite et al., 2018)

La valutazione del dolore continua a rappresentare difficoltà per l'équipe sanitaria, probabilmente questo è dovuto al fatto che la valutazione del dolore non si basa esclusivamente su criteri soggettivi (ciò che dice il paziente), ma si basa anche su una misurazione oggettiva (come il paziente appare e agisce) in cui gli operatori sanitari cercano di sviluppare una certa comprensione dell'intensità, della qualità, della posizione, della durata, del modello e dell'impatto emotivo del dolore descritto e trattarlo in modo appropriato. Tuttavia, questo approccio alla valutazione del dolore può essere problematico in quanto prevalgono gli atteggiamenti sociali e le credenze culturali, sia della persona che soffre che degli operatori sanitari, e può potenzialmente fungere da barriera a pratiche adeguate di gestione del dolore.

L'evidenza suggerisce che il deterioramento cognitivo inibisce la capacità o l'inclinazione delle persone anziane a segnalare il dolore.

Quando si prendono cura di pazienti con grave deterioramento cognitivo/demenza è necessario considerare un approccio più ampio alla valutazione del dolore. Poiché la capacità di ricordare e/o verbalizzare un'autovalutazione del dolore diminuisce, le scale comportamentali del dolore possono offrire un meccanismo per valutare e misurare il dolore in modo efficace.

2.5. Strumenti di valutazione del dolore

Nell'anziano che non ha più memoria, il più soggettivo dei sintomi torna ad essere un

segno, che va ricercato attraverso:

- Osservazione.
- Anamnesi.
- Esame obiettivo.

Le modificazioni comportamentali legati al dolore sono i principali segni da tener conto nel momento della valutazione.

- Espressione facciale: disagio, sofferenza, paura.
- Verbalizzazione, vocalizzazione: sospiri, gemiti, lamenti, grugniti, cantilena, grida, respiro rumoroso, richiesta di aiuto, insulti.
- Movimenti corporei: irrigidimento, atteggiamento guardingo, inquietudine, modifiche dell'andatura, dondolio, riduzione dei movimenti, modificazione della mobilità.

La scelta dello strumento di valutazione più idoneo è da porre in relazione alle caratteristiche e/o condizioni dell'utente. Per lo stesso evento di monitoraggio, sullo stesso utente, va utilizzata sempre la stessa scala.

Le scale di valutazione devono possedere le seguenti caratteristiche: validità, affidabilità, riproducibilità, facilità di somministrazione e facilità di comprensione.

Si suddividono in scale soggettive ed oggettive:

SOGGETTIVE / DIRETTE (self-report) Si basano sulla descrizione verbale o analogica che il paziente riesce a dare del proprio dolore: i limiti sono legati alle capacità cognitive, comunicative, all'età.

OGGETTIVE / INDIRETTE. Sono indicate per i pazienti che presentano disturbi cognitivi o difficoltà di comunicazione, si basano sulla valutazione di specifici indici comportamentali e fisiologici dai quali è possibile ricavare un punteggio.

Scale di Valutazione soggettive\dirette

VAS

La scala VAS ovvero Visual Analogue Scale corrisponde alla rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore avvertito dal paziente ed è costituita da una linea predeterminata lunga 10 cm, dove l'estremità sinistra corrisponde a "nessun dolore", mentre l'estremità destra a "peggior dolore possibile". (A Hawker et al., 2011)

Al paziente viene chiesto di tracciare sulla linea un segno che rappresenti il livello di

dolore provato. La distanza misurata in millimetri, partendo dall'estremità che indica l'assenza di dolore, rappresenta la misura della sofferenza percepita

La linea della scala può essere orientata orizzontalmente o verticalmente, senza che questo influenzi la sua sensibilità; tuttavia, alcuni studi hanno dimostrato che la versione orizzontale ha un tasso di fallimento minore.

La VAS è una scala pratica e veloce, con tempo di compilazione inferiore al minuto. Per il suo utilizzo, tuttavia, è richiesto un minimo di coordinazione visuo-motoria che non sempre la rende applicabile, soprattutto nella popolazione anziana.

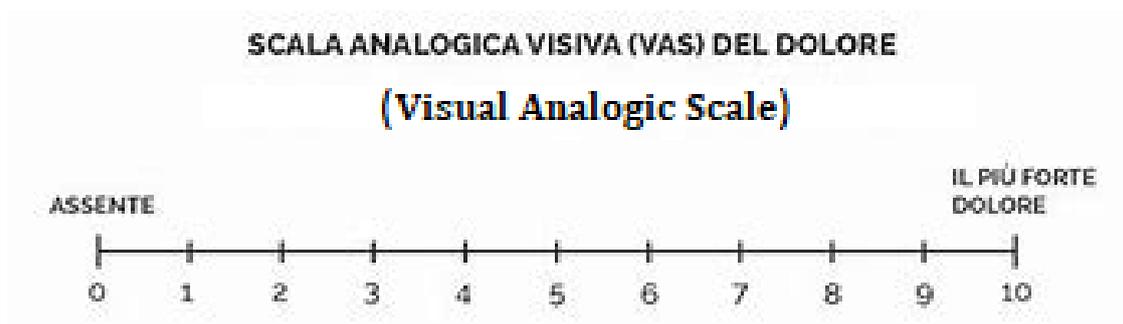


Fig. 1 Scala analogica visiva (VAS)

NRS

L'NRS (Scala di Valutazione Numerica) è uno strumento di valutazione del dolore molto diffuso per la sua semplicità di somministrazione.

Si tratta di una scala di tipo unidimensionale, ovvero che va a considerare soltanto il dolore e nessun altro fattore, a 11 punti che valuta l'intensità del dolore nell'adulto. Il paziente indica l'intensità del proprio dolore verbalmente o disegnando un cerchio sul numero che meglio lo descrive.

L'NRS consiste in una scala numerica da 0 a 10 dove:

- Il valore 0 indica dolore assente.
- Il valore 10 indica dolore massimo.
- I valori tra 1 e 9 compresi indicano una ingravescente presenza di dolore.

In letteratura esistono altre versioni a 6,7, 20, 21, 101 punti. La scala NRS è facile da somministrare, ha un tempo di compilazione inferiore al minuto e non richiede alcuna coordinazione visuo-motoria.

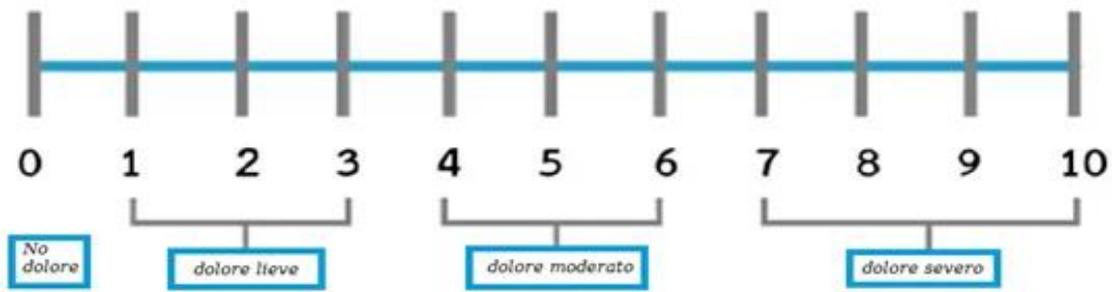


Fig.2 Scala di Valutazione numerica (NRS)

FACES PAIN SCALE

Faces Pain Scale, FPS consiste in una serie di 7 volti disposti su una linea orizzontale, la lettura avviene da sinistra verso destra e va rispettivamente dall'espressione del viso che indica "nessun dolore", a quella che indica il "peggior dolore". Il punteggio va da 0 a 6 punti. La FPS si utilizza nei bambini di età compresa tra 2 e 12 anni. La scala presenta il vantaggio di essere veloce, semplice e corredata di minime istruzioni d'uso.

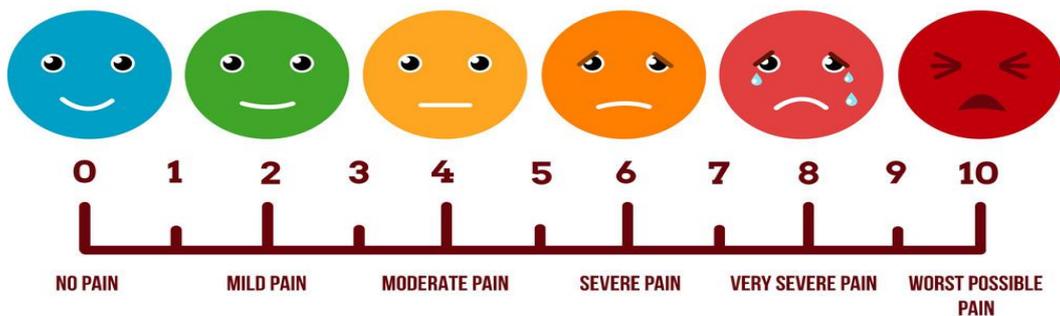


Fig. 3 Scala Faces Pain Scale

Scale di Valutazione soggettive\indirette

DOLOPLUS 2

La Doloplus-2 è una scala di valutazione del dolore per la valutazione del dolore negli anziani con deficit cognitivo. È utilizzato nella pratica clinica e nella ricerca. (Rostad et al. ,2017)

La scala indaga rispettivamente:

- reazioni somatiche: lamento, protezione di parti del corpo, adozione di posture antalgiche, espressioni di dolore, disturbi del sonno;
- reazioni psicomotorie: comportamento del soggetto durante l'igiene e mentre indossa o toglie gli indumenti, ridotta mobilità;
- 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.

	0	1	2
RESPIRO (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
VOCALIZZAZIONE	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti. Pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
CONSOLABILITA'	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Punteggio:
0 = nessun dolore
10 = massimo dolore

Fig. 3 Scala Doloplus 2

PAINAD

La scala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) rappresenta attualmente uno dei migliori approcci alla rilevazione del dolore nella demenza, è la più raccomandata per l'ambiente ospedaliero. (Lukas et al., 2019)

Essa si somministra nel paziente con punteggi al MMSE inferiori a 15.

Si basa sull'osservazione di 5 indicatori:

- il respiro
- la vocalizzazione negativa (lamento, grido, pianto)
- l'espressione facciale
- il linguaggio del corpo
- la consolabilità

ai quali viene dato un punteggio che consente poi una sovrapposibilità con le scale numeriche in uso.

NOPPAIN

La Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN) è composta da quattro sezioni e combina informazioni sul comportamento del dolore (parole, rumori, espressione facciale, rinforzo e irrequietezza),

Essa si somministra nel paziente con punteggi al MMSE inferiori a 15. La valutazione del dolore è basata prevalentemente sul comportamento non verbale. La scheda deve essere compilata dal personale di cura dopo aver osservato i comportamenti da dolore del paziente per almeno 5 minuti durante le attività assistenziali quotidiane. Lo strumento è composto da tre sezioni principali:

- Scheda di controllo delle attività: un elenco di 9 attività assistenziali svolte con il paziente anziano in ospedale o in RSA. L'operatore deve segnalare le attività svolte e se ha notato dolore durante il loro svolgimento. Il punteggio ("totale 1") si ottiene sommando le attività nelle quali è stato osservato dolore e può variare da 0 (non è stato notato dolore in nessuna delle attività) a 9 (presenza di dolore in tutte le attività)
- Comportamento da dolore: in questa sezione sono rappresentati graficamente 6 comportamenti da dolore (parole, mimica facciale, vocalizzi, immobilizzazione e rigidità, massaggio della parte dolorante e irrequietezza). Il compilatore deve indicare i comportamenti rilevati e valutarne l'intensità su una scala Likert a 6 punti, da 0 (la minor intensità possibile) a 5 (la maggior intensità possibile). Il numero di comportamenti da dolore permette di ottenere il punteggio "totale 2a" (range: 0-6), mentre la somma delle intensità valutate per ciascun comportamento determina il punteggio "totale 2b" (range: 0-30)
- Intensità del dolore: l'operatore deve valutare su scala numerica da 0 (dolore assente) a 10 (dolore peggiore possibile) l'intensità massima del dolore osservato durante le cure assistenziali ("totale 3"). Dalla somma dei punteggi parziali (totale 1, totale 2a, totale 2b e totale 3) si ricava un punteggio totale

(Totale Noppain) che varia da 0 a 55. Un punteggio superiore a 3 indica dolore da segnalare al personale di cura per un esame più approfondito.

2.6. Problemi legati al riconoscimento e trattamento del dolore

Il riconoscimento e il trattamento del dolore rappresentano una delle principali problematiche sia in ambito ospedaliero che in ambito extraospedaliero, in quanto porta una sottovalutazione e ad un mancato trattamento.

L'infermiere è il professionista sanitario coinvolto maggiormente in questa fase, poiché devono essere in grado di valutare e trattare il dolore, possedere le competenze specifiche in merito, in quanto potrebbe migliorare notevolmente la sua gestione a livello internazionale.

Il dolore nelle persone con demenza è sempre meno spesso riconosciuto, solitamente è necessario interrogare parenti e operatori sanitari, rendendo necessaria un'intervista strutturata; dunque, le priorità di trattamento relative al paziente devono essere verificate e confrontate nel corso del trattamento e devono essere presi in considerazione i cambiamenti legati all'età nelle vie metaboliche. (Thomas Hubert Cegla & Johannes Horlemann, 2018).

Le strategie di trattamento devono garantire efficacia e basso rischio di effetti collaterali. La terapia deve essere iniziata con la più bassa dose efficace, nel rispetto della farmacocinetica e della farmacodinamica del farmaco somministrato, dell'età e delle pluripatologie. In rapporto alla tipologia del dolore e alla presenza di differenti sindromi dolorose, si può utilizzare una terapia con uno o più farmaci o altre strategie terapeutiche. I rischi relativi all'uso di farmaci analgesici vanno contenuti educando l'ammalato e i familiari sulla loro specificità e modalità di somministrazione e informando sui possibili effetti collaterali ed eventi avversi.

La comunicazione del dolore diminuisce con l'aumento del declino cognitivo.

Le manifestazioni non-verbali di dolore dovrebbero essere precocemente riconosciute ed interpretate, in modo che lo stress dei pazienti possa essere alleviato. L'appropriata gestione del dolore è essenziale per poter assicurare la dignità e il benessere a questa parte della popolazione anziana altamente vulnerabile.

Il problema della valutazione del dolore si presenta ancora più arduo in caso dell'anziano demente. Sono state identificate alcune barriere all'appropriata valutazione del dolore nella popolazione con demenza:

- 1) Mancato riconoscimento del dolore: I segni tipici comportamentali associati al dolore potrebbero essere assenti o difficilmente interpretabili negli anziani con demenza, e i sintomi comunemente attribuibili alla demenza potrebbero essere suggestivi del dolore. Ad esempio, un comportamento aggressivo potrebbe essere una reazione adottata dai soggetti incapaci di spiegare verbalmente il loro dolore. Tale comportamento invece, potrebbe essere interpretato come un sintomo di demenza.
- 2) Insufficiente educazione formativa e/o training: secondo il lavoro condotto da Allcock et al., soltanto il 44% delle case di riposo fornivano training per lo staff su come valutare e gestire il dolore nelle persone con demenza.
- 3) Mancato uso adeguato ed appropriato delle scale di valutazione per misurare il dolore: Allcock et al., trovarono che il 69% delle case di riposo non aveva una linea di condotta scritta sulla gestione del dolore e che il 75% non usava una scala di valutazione del dolore. (Allcock N, McGarry J, Elkan R. 2002)

Strategie per la gestione del dolore nella demenza

1. Osservare i comportamenti che possono indicare il dolore
2. Ottenere se possibile un'autovalutazione
3. Cercare le possibili patologie che possono produrre il dolore
4. Invitare i caregivers a controllare la presenza, l'intensità, la durata, l'orario del dolore e il comportamento che il paziente assume quando ha probabile dolore
5. Tenere un diario della sintomatologia
6. Usare, eventualmente, un analgesico per valutare se c'è riduzione negli indicatori comportamentali legati al dolore

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

3.1 Background

Il decadimento cognitivo consiste in una malattia che compromette le capacità cognitive e funzionali del malato. La valutazione del dolore nell'anziano può essere complessa nei pazienti con patologie neurodegenerative.

Circa l'80% degli anziani che soffrono di un disturbo cognitivo provano dolore, con una prevalenza di tale sintomo che varia dal 25% all'80% a seconda dell'età. (Ferrel et al. 1990)

Negli ultimi anni sono stati compiuti enormi progressi nella ricerca in questo settore.

Sebbene siano necessarie ulteriori ricerche, sono disponibili diverse metodologie di valutazione del dolore. Tuttavia, i professionisti sanitari che lavorano con gli anziani con demenza devono affrontare una sfida notevole: la comunicazione, una menomazione che caratterizza la demenza complicano la valutazione del dolore in questi pazienti. (Hadjistavropoulos et al.,2010)

Lo scopo dell'elaborato è di identificare i vantaggi che derivano dall'uso di determinati strumenti e metodi di rilevamento del dolore nel paziente con decadimento cognitivo

3.2 Obiettivo

L'obiettivo dello studio è quello di identificare gli strumenti di valutazione del dolore più validi e metodi per la gestione del dolore adeguati, raccomandati dalla letteratura e dalle evidenze scientifiche, che l'infermiere può utilizzare a seconda della fase specifica del decadimento cognitivo nell'anziano

3.3 Quesito di ricerca

Per condurre questa revisione della letteratura e per la formulazione del quesito di ricerca viene effettuato utilizzando la metodologia PIO.

P (Population or patient)	Pazienti con diagnosi di decadimento cognitivo
I (intervention)	Utilizzo di strumenti validi per valutare e quantificare il dolore nei pazienti con decadimento cognitivo
O (outcome)	Miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

Quesito di ricerca: L'utilizzo nella clinica degli strumenti di valutazione e l'utilizzo dei metodi attuali presenti può migliorare la qualità di vita dei pazienti con decadimento cognitivo?

3.4. Materiali e metodi

E' stata condotta una revisione della letteratura utilizzando la banca dati PubMed, dal 25 Luglio al 10 Ottobre 2021.

Le parole chiave utilizzate sono:

- Dementia
- Nursing
- Pain
- Pain Behaviors
- Pain Scales
- Pain Assessment Tools
- Pain Manifestations
- Cognitive Impairment

Le stringhe di ricerca sono state formulate con l'ausilio degli operatori booleani AND, OR, NOT così abbinate

- Nursing AND Pain AND Cognitive Impairment

- Nursing AND Pain AND Cognitive Impairment AND Pain Scales
- Pain Assessment tools OR Pain Scales AND Dementia
- Pain Manifestations AND Dementia
- Dementia AND Pain Behaviors

Sono stati selezionati articoli che rispondono a specifici criteri di inclusione e di esclusione, permettendo così di avere un quadro generale sulla valutazione e gestione del dolore nel paziente con decadimento cognitivo.

Criteri di inclusione:

- Data di pubblicazione superiore al 2011;
- Età maggiore di 65 anni
- Lingua di pubblicazione inglese o italiana
- Articoli full-text e abstract
- Tipo di articolo: Metanalisi, Revisioni e Revisioni sistematiche

Criteri di esclusione:

- Data di pubblicazione inferiore al 2011
- Età minore di 65 anni
- Articoli non in inglese o in italiano

La ricerca è stata rivolta ad articoli pubblicati negli ultimi dieci anni, in seguito sono stati aggiunti articoli più datati in quanto risultavano validi e rispondevano al quesito di ricerca.

L'acquisizione delle informazioni ha permesso di avere un quadro completo ed esaustivo riguardo la problematica.

I risultati ottenuti dalla revisione della letteratura hanno portato alla selezione iniziale di 20 articoli, 14 dei quali sono stati successivamente esclusi, in quanto non rispondevano criteri stabiliti per la ricerca.

Infine, sono stati selezionati sei articoli poiché soddisfacevano il quesito di ricerca iniziale.

Gli studi sono stati sintetizzati nella seguente tabella. (tab.1)

Banca Dati	Titolo Articolo	Autori; Data di pubblicazione	Keywords	Tipologia articolo	Outcome
PUBMED	A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degree of cognitive impairment	S José Closs , Bridget Barr, Michelle Briggs, Keith Cash, Kate Seers 27/03/2004	Nursing; Pain; Cognitive Impairment; Pain Scales	Revisione sistematica	Il primo articolo preso in considerazione è una revisione sistematica, pubblicata nel 2004, in questo studio vengono confrontare cinque diverse scale di valutazione del dolore da utilizzare con persone con deterioramento cognitivo. Si può comprendere quindi che la scala di valutazione verbale a quattro punti è stata la più utilizzata e rappresenta la scala di più facile utilizzo, mentre la NRS è stata la seconda di maggior successo.
PUBMED	Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and	Michelle Burns , Sonja McIlfratrick	Pain assessment tools; Pain Scales;	Revisione	Il secondo studio è una revisione eseguita nel 2015, tratta il ruolo centrale dell'infermiere nella valutazione del dolore affinché venga fornito un

	attitudes towards pain assessment	21/08/2015	Dementia.		trattamento efficace. Vengono identificati cinque temi: sfida nella diagnosi del dolore nella demenza, inadeguatezza degli strumenti di valutazione del dolore, limiti di tempo e pressioni sul carico di lavoro, mancanza di lavoro di squadra interdisciplinare e comunicazione, formazione e istruzione.
--	--	------------	-----------	--	--

PUBMED	Pain Assessment for people with dementia: a systematic review of systematic review of pain assessment tools	Valentina Lichtner, Dawn Dowding, Philip Esterhuizen, S José Closs, Andrew F Long, Anne Corbett, Michelle Briggs 17/12/2014	Pain assessment tools; Pain Scales; Dementia .	Revisione sistematica	<p>Il terzo articolo analizzato è una revisione sistematica condotta nel 2014, da questo studio emergono un numero considerevole di strumenti di valutazione del dolore disponibili per l'uso con la popolazione anziana con deficit cognitivo.</p> <p>Va a valutare l'affidabilità e la validità degli strumenti di valutazione. Nel complesso però non c'è uno strumento che appare più affidabile e valido rispetto agli altri. Ma c'è una notevole variazione nel modo in cui sono state valutate l'affidabilità e la validità degli strumenti.</p>
--------	--	---	---	--------------------------	---

PUBMED	Pain as a challenge in nursing home residents with behaviural and psychological symptoms of dementia	Tomasz Nowak, Agnieszka Neumann-Podczaska, Ewa Deskur-Śmielecka, Arkadiusz Styszyński, Katarzyna Wieczorowska-Tobis 25/05/2018	Dementia; Pain Behaviurs	Revisione	Il quarto articolo è una revisione condotta nel 2018, valuta il trattamento analgesico nei pazienti con deficit cognitivo e delinea la relazione tra dolore e sintomi comportamentali della demenza.
PUBMED	Pain assessment and management for older patients with dementia in Hospitals: An integrative literature review	I-Pei Tsai, Sarah Yeun-Sim Jeong, Sharyn Hunter 19/02/2018	Pain assessment tools; Pain Scales; Dementia	Revisione	Il quinto articolo si tratta di una revisione svolta nel 2014, evidenzia che il dolore nelle persone anziane con demenza è spesso sottovalutato e sottotrattato negli ospedali per acuti. Il dolore sottogestito, influisce negativamente sul recupero di una persona e prolunga le degenze ospedaliere. La valutazione è impegnativa e gli strumenti di valutazione del dolore hanno ricevuto notevole attenzione nel

					corso degli anni, con un numero crescente di strumenti messi a disposizione.
PUBMED	Managing behaviour that challenges in people with dementia in the emergency department	Sera Nia Manning 4/05/2021	Pain manifestations. Dementia	Revisione	Il sesto studio scaturisce da una revisione pubblicata nel 2021; è stata condotta per esplorare le prove sulla gestione del comportamento che mette alla prova le persone con demenza in pronto soccorso e quali strategie di de-escalation possono essere utili, vengono individuati quattro temi principali: la violenza e aggressione nei confronti del personale, la contenzione manuale e chimica nel pronto soccorso, l'identificare delirio e demenza, e la gestione dell'ambiente.

3.5. Limiti dello studio

Per questo studio sono stati identificati tre limiti che vengono riportati di seguito:

- Ristretto numero di studi che rispondevano al quesito di ricerca
- Data di pubblicazione degli articoli inferiore al limite prefissato
- Tipologia di articoli non adatti per una revisione sistematica, in quanto gli articoli selezionati e pertinenti sono: revisioni, revisioni sistematiche e meta-analisi.

3.6. RISULTATI

La revisione è stata redatta dallo studio di sei articoli selezionati dalla banca dati PubMed, relativi alla valutazione del dolore nel paziente con decadimento cognitivo e alla relativa gestione.

Circa la metà degli articoli sono incentrati sulle problematiche riscontrate nel riconoscimento del dolore, in quanto spesso i pazienti non sono in grado di riconoscerlo ed esprimerlo.

Nel primo studio effettuato in Spagna nel 2004, sono stati selezionati 406 pazienti residenti in 15 case di cura. Del campione finale di 113, 100 provenivano da case di cura generali e 13 da case EMI (Elderly Mentally Infirm). Tutte le scale di valutazione dell'intensità del dolore utilizzate in questo studio erano facili da usare in ambito clinico e potrebbero, con un po' di formazione, essere utilizzate di routine dal personale della casa di cura. Nel complesso, la semplice scala di valutazione verbale a quattro punti è stata la più facilmente comprensibile delle scale utilizzate ed è stata completata dall'80,5% di questo campione di residenti in case di cura, a tutti i livelli di deterioramento cognitivo. La NRS è stata la seconda scala di maggior successo, completata dal 72,6%, ma più di un terzo dei residenti nel complesso non ha completato CS.

Un altro studio condotto nel 2018 ha selezionato un gruppo composto da 96 pazienti, va a valutare la scelta del trattamento analgesico nei pazienti con deficit cognitivo.

L'età media dei soggetti studiati era di 84,0 (5,9) anni; tra loro solo 18 (19%) avevano un'età compresa tra 65 e 74 anni.

I soggetti analizzati erano molto dipendenti poiché 63 di loro (66%) avevano un indice di Barthel <20.

Solo 1 persona (1%) non ha ricevuto alcun farmaco e 13 persone hanno ricevuto 10 o più farmaci.

I farmaci sedativi sono stati consumati da 63 (66%) soggetti; tra questi, 25 (40%) avevano più di 1 farmaco con effetto sedativo – a 1 individuo sono stati addirittura prescritti 4 farmaci sedativi alla volta. Le benzodiazepine sono state consumate da 26 soggetti (27%; 1 persona ha ricevuto 2 benzodiazepine contemporaneamente); neurolettici di 45 (47%; 9 persone hanno ricevuto 2 neurolettici contemporaneamente); e idrossizina del 12 (19%).

In un altro studio emerge la valutazione specifica dell'utilità clinica per la scala di valutazione del dolore per l'uso con adulti con disabilità cognitiva e forse per il protocollo ADD e il PAINAD.

Sono stati identificati sei strumenti considerati migliori e di semplice utilizzo (Abbey Pain Scale, Behavior checklist, CNPI, CPAT, Mahoney Pain Scale e NOPPAIN), due sono stati considerati gestibili/accettabili (ECPA e RaPID), quattro sono stati giudicati complessi (ADD Protocol, DS-DAT, scala di valutazione del dolore per l'uso con adulti con disabilità cognitiva e PADE). Emergono dal punto di vista della facilità d'uso o sulla complessità degli strumenti erano evidenti per cinque strumenti (Doloplus-2, MOBID, PACSLAC, PAINAD e PBM).

La formazione all'uso dello strumento è stata giudicata necessaria per 10 strumenti (EPCA-2, Mahoney Pain Scale, NOPPAIN, PADE, PACSLAC, PAINAD, ADD Protocol, CPAT, DS-DAT e MOBID), quattro dei quali sembravano richiedere formazione significativa (ADD Protocol, CPAT, DS-DAT e MOBID). Per sei strumenti è stato affermato che gli autori degli studi/strumenti non hanno riportato il livello e la durata della formazione richiesta (Abbey Pain Scale, CNPI, Doloplus-2, PAINAD, PACSLAC, REPOS). Per la maggior parte degli strumenti, tuttavia, non erano disponibili dati sulla formazione (Behavior checklist, Comfort Checklist, ECPA, ECS, FACS, FLACC, Observational Pain Behavior Tool, Pain assessment scale for use with cognitivamente alterati, PAINE, PATCOA, PBM, PPI, PPQ e RaPID).

Per quanto riguarda la scelta della scala di valutazione più adeguata, vari studi esaminano l'utilizzo di strumenti di autovalutazione. Ci sono ampie prove che

suggeriscono che molte persone con deficit cognitivo sono in grado di completare le scale standard di valutazione del dolore. Tuttavia, sono conclusive su quale delle scale comunemente usate sia la più appropriata.

3.7. DISCUSSIONI

Questa revisione della letteratura è composta da 6 articoli, la loro provenienza geografica è soprattutto americana ed europea (Germania, Spagna, Inghilterra).

La revisione ha analizzato gli strumenti e i metodi disponibili affinché vengano individuati quelli più adatti per una corretta gestione del dolore.

Lo studio si è focalizzato sull'identificazione degli strumenti di valutazione, sulla loro affidabilità e sulla loro validità, permettendo così l'individuazione della tecnica più idonea per la gestione del dolore, affinché l'infermiere possa utilizzare la scala più adatta a seconda della fase specifica della patologia.

Nell'esaminare gli articoli è emerso che la scala Visuo analogica (VAS) è considerata valida ed affidabile per gli adulti di tutte le età, mentre c'è discussione sul suo uso in persone con deficit cognitivi, in questo caso emergono sei strumenti considerati utili e di semplice utilizzo tra cui si può distinguere: la scala NOPPAIN, la Abbey Pain Scale, la Behavior checklist, la CNPI, la CPAT e la Mahoney Pain Scale.

Si nota inoltre un aumento considerevole della somministrazione di analgesici, in quanto la maggior parte delle persone con deficit cognitivo, assumono più di un farmaco sedativo.

3.8. CONCLUSIONI

Nonostante siano ancora pochi gli studi di efficacia sugli interventi prettamente assistenziali ai soggetti con decadimento cognitivo, oggi gli infermieri hanno a disposizione una serie di evidenze coerenti con le loro competenze, da coniugare e modulare con i bisogni peculiari del singolo paziente e della sua famiglia.

La revisione ha messo in evidenza la difficoltà di interpretazione del livello di dolore in questa tipologia di pazienti. Risulta quindi necessario sviluppare un attento atteggiamento di ascolto, osservazione da parte di chi se ne prende cura, utilizzando anche gli idonei strumenti di valutazione.

Nei pazienti con decadimento cognitivo più grave, la valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'infermiere, questo ruolo spesso è difficoltoso e a volte non permette al professionista di cogliere la vera causa del problema e risolverla.

La personale proposta di intervento consiste nella progettazione di un corso di formazione al fine di fornire ai professionisti le conoscenze e competenze per garantire una corretta valutazione e rilevazione della sintomatologia dolorosa nei pazienti con deficit cognitivi.

CAPITOLO IV: PROPOSTA

4.1 Scelta della scala più adeguata in rapporto al grado di decadimento cognitivo

Dallo studio effettuato, si evince che nella pratica clinica, la selezione degli strumenti di valutazione del dolore nella demenza si basa sulla capacità del paziente di comunicare verbalmente il dolore, questa fase risulta difficoltosa quando gli anziani con demenza non sono in grado di riferire il dolore e quindi di indicare su una scala il dolore “severo” o il dolore “lieve”.

Uno studio (Ngu et al., 2015) rende noto che l’uso di una scala del dolore osservazionale sarebbe utile nella valutazione del dolore tra gli individui più anziani quando la capacità di segnalare il dolore non è possibile.

La gravità della compromissione cognitiva è determinata per la scelta della scala di valutazione quindi si andrà ad adottare la scala più adatta alle esigenze e alle capacità del paziente.

Si può dedurre dalla ricerca effettuata, la possibilità di scelta della scala di valutazione più idonea, grazie all’utilizzo di strumenti di valutazione delle funzioni cognitive come l’MMSE (Mini Mentale State Examination), più utilizzato per la breve durata. È costituito da 11 item suddivisi in 5 sezioni; il punteggio totale varia da 0 a 30.

MMSE 26-30: Rappresenta uno stato di normalità, non vi è disabilità

MMSE 21-25: È presente un decadimento cognitivo lieve

MMSE 10-20: È presente un decadimento cognitivo moderato

MMSE 0-10 o non applicabile: È presente un decadimento cognitivo grave

In base al risultato ottenuto al MMSE si può scegliere la scala idonea.

- Stato di normalità (MMSE 26-30), in questo caso il paziente possiede l’abilità di riferire il dolore.

La scala di valutazione più idonea in questo caso è la VAS, NRS, FACES PAIN SCALE.

In quanto il paziente è in grado di comunicare ed esprimere le proprie esigenze.

- Decadimento cognitivo lieve (MMSE 21-25), il paziente presenta deficit lievi in più domini cognitivi, ma non sono compromesse le attività di vita quotidiana.

In questo caso le scale di valutazione più adatte sono la VAS, NRS, FACES PAIN SCALE, dato che il paziente è in grado di rispondere a domande semplici e dirette.

- Decadimento cognitivo moderato (MMSE10-20) in questa fase vengono compromesse alcune capacità cognitive.

La scelta della scala di valutazione in questo caso risulta dubbia e difficoltosa in quanto è opportuno valutare singolarmente ogni caso, comunque le opzioni possono essere: VAS, FACES PAIN SCALE, DOLOPLUS 2, PAINAD.

- Decadimento cognitivo grave (MMSE 0-10) qui l'anziano non è più in grado di comunicare il dolore, ci si basa sulla valutazione del caregiver, professionista sanitario o familiare, in questa fase è estremamente difficile misurare l'intensità del dolore.

Le scale di valutazione idonee in questo caso sono: DOLOPLUS 2; PAINAD; NOPPAIN, PACSLAC, Abbey Pain Scale.

Comunicare il dolore in questa fase risulta difficile, quindi ci si deve basare sull'utilizzo di scale che vanno a valutare l'espressione facciale ed i cambiamenti comportamentali del paziente.

Il dolore, definito dall'American Pain Society come quinto parametro vitali, deve essere rilevato con regolarità come tutti gli altri parametri vitali.

L'infermiere riveste un ruolo essenziale nella valutazione del dolore, nella sua considerazione non solo fisica, ma anche cognitiva e sociale, prendendosi cura dei pazienti attraverso la strutturazione di una relazione empatica e fiduciaria.

L'accertamento infermieristico rappresenta il focus dal quale strutturare una pianificazione assistenziale ad un piano terapeutico. Il ruolo dell'infermiere è centrale e determinante nell'impiego di più strumenti di valutazione, sulla base delle problematiche assistenziali del paziente, in quanto risulta difficile trovare uno strumento universale ed adatto ad ogni situazione.

Le difficoltà di valutazione del dolore sono maggiori nei soggetti dementi o con gravi limitazioni delle facoltà di comunicazione. Questo induce in molti casi a sottovalutare e non trattare il dolore.

Sono stati individuati e proposti numerosi strumenti che possono contribuire ad una migliore interpretazione del dolore nelle persone con deficit cognitivo. Nella pratica

clinica, la selezione degli strumenti per valutare il dolore nella demenza, si basa sulla capacità del paziente di comunicare verbalmente il dolore. È quindi raccomandato di usare strumenti con un linguaggio semplice, di usare scale osservazionali (PAINAD, PAIC, DOLO PLUS 2; NOPPAIN, PACSLAC, Abbey Pain Scale), queste scale includono elementi di osservazione relativi alle espressioni facciali, alla vocalizzazione e ai movimenti del corpo e valutano il dolore provato al momento.

L'équipe assistenziale rappresenta una vera e propria risorsa, nella gestione delle problematiche cliniche, in quanto prevedendo la collaborazione di più figure professionali interdipendenti (infermieri, medici, psichiatri, psicoterapeuti, operatori socioassistenziali ed educatori), si possono sperimentare misure di miglioramento sui processi di esito, di meccanismi e programmi di formazione e aggiornamento multidisciplinari e nuove stratificazioni dei programmi settoriali di ricerca.

BIBLIOGRAFIA

Adeniji T., Adetoyeje O. (2019) A Review of Non-Verbal Pain Assessment Tools and Management in Patients with Dementia. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x)

Allcock N, McGarry J, Elkan R. (2002) Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study. *Health Soc Care Community*; 20-23.

Amelia W., Barbara H. (2005) Pain: a review of three commonly used pain rating scales.

Burns , McIlfatrick (2015), Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment DOI: [10.12968/ijpn.2015.21.8.400](https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400)

Cegla & Horlemann (2018), Schmerz im Alter, DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-018-01477-0>

Closs , Barr, Briggs, Cash, Seers (2004), A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degree of cognitive impairment, DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2003.12.010](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.12.010)

Cosentino, Jefferson, Carey, C Price, Davis-Garrett, Swenson, J Libon (2004) The Clinical Diagnosis of Vascular Dementia: A Comparison Among Four Classification Systems and a Proposal for a new Paradigm, DOI: [10.1080/13854040490507118](https://doi.org/10.1080/13854040490507118)

Cravello , Di Santo , Varrassi , Benincasa, Marchettini, De Tommaso, Shofany Assogna Shofany, Assogna, Perotta, Palmer, Paladini, Di Iulio, Caltagirone (2019) Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline: A Narrative Review DOI: [10.1007/s40122-019-0111-7](https://doi.org/10.1007/s40122-019-0111-7)

Cummings, MD; Cole, PhD (2002) Alzheimer Disease,

DOI: [10.1001/jama.287.18.2335](https://doi.org/10.1001/jama.287.18.2335)

FNOPI (2019), Codice Deontologico, Art.18

FNOPI (2009), Codice Deontologico, Art.34-35

Dorsey , Sherer , S Okun , R Bloem (2019)The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic,DOI: 10.3233/JPD-181474

Donna B.(2011) Pain Assessment with Cognitively Impaired Older People in the Acute Hospital Setting. <https://doi.org/10.1177/204946371100500305>

Doval , M Gaviria (2000) Fronto-temporal dementia PMID: 11262301

Fedorova Ya B (2019) Current approaches to the treatment of fronto-temporal dementia DOI: 10.17116/jnevro201911909218

Ferrel, Ferrell, Osterweil D. Pain in the nursing home. J Am Geriatr Soc 1990

Gomperts (2016) Lewy Body Dementias: Dementia With Lewy Bodies and Parkinson Disease Dementia, DOI: 10.1212/CON.0000000000000309

Hadjistavropoulos, T., Fitzgerald, T. D., & Marchildon, G. P. (2010). Practice guidelines for assessing pain in older persons with dementia residing in long-term care facilities. DOI:10.3138/physio.62.2.104

Hawker,Mian,Kendzerska,French (2011) Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP) , DOI: 10.1002/acr.20543

Lichtner , Dowding, Esterhuizen, Closs, F Long, Corbett, Briggs (2014) Pain Assessment for people with dementia: a systematic review of systematic review of pain assessment tools DOI: [10.1186/1471-2318-14-138](https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-138)

Lukas, Alberta, Hagg-Grün, Ulricha; Mayer, Benjamin; Fischer, Thomas; Schuler, Matthiase (2019), Pain assessment in advanced dementia. Validity of the German PAINAD—a prospective double-blind randomised placebo-controlled trial DOI: [10.1097/j.pain.0000000000001430](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001430)

Manning (2021) Managing behaviour that challenges in people with dementia in the emergency department , DOI: [10.7748/it.2020.e2019](https://doi.org/10.7748/it.2020.e2019)

M. Sanford (2018) Lewy Body Dementia, : [10.1016/j.cger.2018.06.007](https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.007)

McPherson, Cummings (1996) Neuropsychological aspects of vascular dementia DOI: [10.1006/brcg.1996.0045](https://doi.org/10.1006/brcg.1996.0045)

Mercedes Montoro-Loritea, Montserrat Canalias-Reverteb (2018), Protocolos de gestión del dolor en demencia avanzada Advanced dementia pain management protocols DOI: [10.1016/j.enfcli.2017.06.003](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.06.003)

Ngu, Tan, Subramaniano , Rahman, Kamaruzzaman, Chin, Tan, Poi (2015) Pain Assessment Using Self-reported, Nurse-reported, and Observational Pain Assessment Tools among Older Individuals with Cognitive Impairment DOI: [10.1016/j.pmn.2014.12.002](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.002)

Norton, Matthews, Barnes, Yaffe, Brayne(2014) Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data DOI: [10.1016/S1474-4422\(14\)70136-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X)

Nowak, Neumann-Podczaska, Deskur-Śmielecka , Styszyński, Wieczorowska-Tobis (2018) Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological

symptoms of dementia, DOI: [10.2147/CIA.S157246](https://doi.org/10.2147/CIA.S157246)

Profilo Professionale , DM 739/94

Rostad, Utne, Grov, Puts & Halvorsrud (2017) Measurement properties, feasibility and clinical utility of the Doloplus-2 pain scale in older adults with cognitive impairment: a systematic review 10.1186/s12877-017-0643-9

Tsai, Jeong, Hunter, (2018) Pain assessment and management for older patients with dementia in Hospitals: An integrative literature review

DOI: [10.1016/j.pmn.2017.10.001](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.001)

Zwakhaleh, Hamers, i Abu-Saad & Martín Berger (2006) Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools
DOI: 10.1186/1471-2318-6-3

SITOGRAFIA

<<https://www.idoctors.it/articolo/demenze--defini/414/19>> ultimo accesso il 3/09/21

<<https://demenze.iss.it/volume-alzheimer-conoscere-la-malattia-per-saperla-affrontare/>>
ultimo accesso il 05/09/21

<<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/vascular-dementia/symptoms-causes/syc-20378793>> ultimo accesso 11/09/21

<<https://www.painnursing.it/la-valutazione-del-dolore-un-parametro-vitale-necessario/>>
ultimo accesso il 12\09\21

<<https://docplayer.it/14906654-Ii-dolore-nel-paziente-con-demenza-aspetti-fisiopatologici-dr-ssa-michela-marcon-cdc-neurologia-sabato-20-settembre-2014.html>>
ultimo accesso il 20/09/21

<<https://www.nurse24.it/dossier/dolore/infermiere-nella-gestione-del-dolore-acuto-e-cronico.html>> ultimo accesso il 20/09/21

<<https://www.ospfe.it/l-utente/ospedale-senza-dolore/dossier-194>> ultimo accesso il 23\09\21

<<https://www.geragogia.net/editoriali/dolore-paziente-anziano.html>> ultimo accesso il 06\10\21

RINGRAZIAMENTI

Al termine di questo lavoro che completa il mio cammino universitario, ci tengo a fare alcuni ringraziamenti.

In primis, un ringraziamento speciale alla mia relatrice Tiziana Traini, per la sua immensa pazienza, per i suoi indispensabili consigli e per le conoscenze trasmesse durante tutto il percorso di stesura dell'elaborato.

Ringrazio i miei genitori che mi hanno sempre sostenuto, appoggiando ogni mia decisione, fin dalla scelta del mio percorso di studi. Loro che ogni volta prima di un esame avevano più ansia di me ed il loro quasi scaramantico 'in bocca al lupo, mi raccomando eh' era d'obbligo e mi ha sempre portato fortuna.

Ringrazio mio nonno, che oggi non può essere qui con me come avrebbe tanto voluto, riesce comunque a starmi vicino anche se lontano, grazie per aver creduto in me e per esser stato uno dei miei più grandi sostenitori .

Ringrazio a Gaia e Federica le amiche d'infanzia, con me da una vita, grazie per così tanti motivi che mi è impossibile elencarli tutti.

Grazie a Samira e Giulia, una delle più belle scoperte di questi anni.

Grazie a tutte voi per esser sempre state presenti , per avete ascoltato i miei sfoghi , grazie per avermi donato così tanti momenti di spensieratezza ,dove ogni scusa era buona per vedersi e divertirsi , grazie per avermi sostenuta sempre, soprattutto durante questi tre anni ma soprattutto durante la stesura di questa tesi.

Grazie a Nicholas, Chiara ,Giorgia, Martina e tutti gli altri compagni di corso per aver condiviso con me questo percorso intenso ed entusiasmante, tra gioie e dolori.

Ringrazio tutti i miei amici, per avere sempre la parola giusta al momento giusto, per aver condiviso con me emozioni ed avventure, per il tempo dedicato e per i consigli.

Infine ringrazio me stessa, per la determinazione e l'impegno attuo a raggiungere questo traguardo, che sembrava così lontano.