

IL DOLORE DELL'ANZIANO CON DEFICIT COGNITIVO

REVISIONE CRITICA DELLA LETTERATURA

PAIN IN THE ELDERLY WITH A COGNITIVE DEFICIT

Luca Ottolini

Servizio Cure Palliative-Hospice, APSS Trento

RIASSUNTO

Per l'elevata prevalenza (45-80%) il dolore cronico nell'anziano può essere considerato una malattia sociale. Concordi sono gli studi che mostrano una sotto prescrizione di antalgici nei dementi rispetto ai non dementi della stessa età affetti per altro da simili patologie potenzialmente algogene, con proporzionalmente un'eccessiva prescrizione di neurolettici e sedativi. Gli strumenti di auto-valutazione del dolore nell'anziano anche con deterioramento cognitivo lieve-moderato non differiscono da quelli in uso nel giovane. Per la demenza grave sono stati elaborati "strumenti di etero-valutazione". Obiettivo di questa revisione della letteratura non è solo la puntualizzazione tecnica dello stato dell'arte in questo ambito, ma focalizzare l'attenzione, stimolare la sensibilità di chi osserva ed aiutare a "tradurre" segni che altrimenti resterebbero indecifrati o peggio male interpretati. Solo così si potrà dare la giusta risposta a una richiesta che viene da chi non ha voce.

Parole chiave

dolore, anziano, demenza, deficit cognitivo, eterovalutazione

SUMMARY

Due to its high prevalence (45-80%) chronic pain in the elderly can be considered a social disease. Studies show that analgics are prescribed less in demented patients with respect to non demented patients of the same age that suffer from similar pathologies that are potentially algogenic, which is proportional to an excessive prescription of neuroleptics and sedatives. The instruments that are used to self-evaluate pain in an elderly person, even those patients that have a slightly moderate cognitive deterioration, do not differ from those used for a young person. For serious cases of dementia, "etero-evaluation instruments" have been created. The objective of this revision of literature is not only the technical clarification of the state in which this field deals with, but to focus the attention, stimulate the sensibility of those that observe and to help to "translate" signals that might otherwise remain indecipherable or worse yet, interpreted in an incorrect manner. This is the only way in which a correct response can be given to a request by those that do not have a voice.

Key words

pain, elderly, dementia, cognitively impaired, etero-evaluation

INTRODUZIONE

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations standards manuals nel 2002 ha dichiarato che il dolore è il “quinto segno vitale”, da rilevare come gli altri per un adeguato assessment del paziente.^{1,2}

Su questa linea si stanno muovendo i comitati locali per “l'ospedale senza dolore” istituiti dalle singole aziende sanitarie italiane.

Tuttavia, se ancora molto c'è da fare per una puntuale valutazione e trattamento del dolore in generale, la situazione è ancora più arretrata se si tratta di valutare e trattare il dolore in un soggetto anziano, a maggior ragione se affetto da deficit cognitivo.

La presente revisione critica della letteratura internazionale riguarda il tema del dolore nel paziente anziano con difficoltà di espressione.

L'entità del problema

Numerosi studi epidemiologici sul dolore nell'anziano evidenziano una prevalenza tra 45 e 80 per cento nella popolazione geriatrica generale, mentre l'American Geriatric Society differenzia tra una prevalenza del 25-50 per cento nei soggetti fuori da istituzioni, rispetto al 45-80 per cento in istituzione.³

E' dimostrato che la prevalenza del dolore aumenta con il peggioramento del livello di dipendenza funzionale e in situazioni di solitudine e vedovanza,^{4,5} mentre non sarebbe in relazione all'eventuale tipo di patologia in atto. Infatti, una ricerca specifica riguardante anziani affetti da neoplasie metastatiche, mostra una uguale pre-

valenza di dolore rispetto ad anziani non affetti da neoplasie (77 per cento) e segnala inoltre che il 42 per cento di questi non avrebbe ricevuto terapia appropriata.⁶

Sull'espressione del dolore, uno studio olandese mostra come normalmente soggetti anziani comunicano meno il loro dolore ai curanti rispetto ai più giovani.⁷

A complicare il quadro, problemi sociali, psicologici e affettivi (lutti, depressione, handicap, povertà) possono condizionare il vissuto e l'espressione del dolore.

Se si aggiunge che la prevalenza di disturbi cognitivi aumenta con il progredire dell'età, ciò comporta una ulteriore variabilità nell'espressione del dolore e quindi un'ulteriore difficoltà nella possibilità di diagnosticare lo stesso.

Sengstaken, nel 1993, ha rilevato come in contesti assistenziali domiciliari il dolore cronico sia evidenziato nel 43% dei pazienti comunicanti, rispetto al solo 17 per cento dei pazienti con deficit di comunicazione, pur non essendovi alcuna differenza tra i due gruppi in termini di età, sesso e diagnosi mediche.⁸

Diversi studi confermano questi dati, segnalando un sottouso di analgici nei dementi rispetto ai non dementi. Morrison, nel 2000 segnala che pazienti con frattura del femore e dolore pre-post operatorio riceverebbero un terzo del dosaggio di oppioidi se affetti da demenza rispetto a pazienti cognitivamente adeguati.⁹

Ciò comporta che, data l'elevata prevalenza nell'anziano, il dolore da semplice sintomo nella cronicità si trasformi in autentica malattia sociale e in dramma nel demente.

L'interesse dei sanitari

Studi dedicati alla valutazione della capacità dello staff di cura di riconoscere il dolore in pazienti dementi evidenziano che l'ospedale generale e le geriatriche sono i luoghi dove quest'aspetto è più trascurato; meno trascurato sarebbe in RSA e in hospice, dove il contatto prolungato tra staff e paziente aumenta l'attenzione e l'abilità diagnostica.¹⁰

Molte altre variabili alterano sensibilità e attenzione del personale sanitario nei confronti del dolore, così se da un lato c'è generalmente maggiore attenzione nei confronti del dolore nel paziente giovane rispetto all'anziano, dall'altra un'esperienza personale di dolore porterebbe comunque a una maggiore generosità nel prescrivere analgici.⁷

Di certo i curanti spesso osservano segni diretti o indiretti del dolore (fisici o funzionali) che tuttavia, male interpretando, impropriamente trattano.¹¹

Studi osservazionali svolti in RSA francesi e inglesi e in contesti domiciliari hanno chiaramente evidenziato come vi sia una ridotta prescrizione di analgici nei dementi rispetto ai non dementi della stessa età affetti per altro da simili patologie potenzialmente algogene, con un'aumentata prescrizione di neurolettici e sedativi.¹²⁻¹⁵

Desolatamente scarso l'interesse anche da parte dei ricercatori a livello internazionale, come si può constatare tramite una semplice ricerca di pubblicazioni in Pub Med (la presente effettuata nel dicembre 2005).

Tramite la parola “pain” 323.858 articoli segnalati.

Aggiungendo la parola “elderly” 79.967 articoli trovati.

Aggiungendo la parola "dementia" 430 articoli trovati.

Aggiungendo invece le parole "cognitively impaired": 96 articoli.

Va per altro ricordata l'iniziativa encomiabile di singoli ricercatori e clinici, come il dottor Bernard Pradines, per la completezza e il costante aggiornamento del sito (<http://users.aol.com/Dgeriatrie/auteur.htm>).

FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE NELL'ANZIANO

Come in molte altre occasioni, anche nella gestione del dolore gli anziani sono oggetto di pregiudizi.

Molto semplicemente, alcuni clinici trasferiscono alla sensibilità nocicettiva quanto generalmente accade con l'invecchiamento alla sensibilità uditiva e visiva, che subirebbe quindi un declino parafisiologico (presbiopia?) e nella pratica considerano che l'anziano provi meno dolore rispetto a un giovane.

In realtà, i ricercatori che si sono dedicati scientificamente alla questione si sono espressi in modo diverso, anche se purtroppo non univoco.

Da un lato Ferrel¹⁶ e Canto¹⁷ rafforzano questo pregiudizio segnalando come la soglia per il dolore sarebbe generalmente più elevata nell'anziano, portando a conforto di ciò anche la minore incidenza di dolore nell'infarto miocardico.

Tale pregiudizio è ancora più accreditato se il paziente oltre che anziano è demente, considerando che in quanto non in grado di integrare le informazioni, non sarebbe in grado di "elaborare" la sensazione dolorosa.¹⁸

Per contro, Edwards nel 2003 ha pre-

sentato uno studio sul dolore sperimentale in soggetti di diversa età che evidenzia come nell'anziano siano meno rappresentati e validi i meccanismi inibitori della nocicezione e quindi dovrebbe provare il dolore con maggiore intensità.¹⁹

Pickering, in aggiunta, stima che nell'anziano vi sia una minore sensibilità a stimoli algogeni lievi e maggiore (con minore tolleranza) per stimoli forti.²⁰

Un atteggiamento "intermedio" si ricava dagli studi di Harkins, che segnalano un'uguale sensibilità termodorifica tra soggetti sani adulti e anziani.²¹

Sulla stessa linea, ma aggiungendo un tassello importante, gli studi di Gibson sulla valutazione dei potenziali evocati al dolore sperimentale, che mostrano non esservi differenza tra giovani e anziani, anche in presenza di deterioramento cognitivo.²² Ipotesi confermata dalla recente review di Kunz, ove si afferma come non vi siano differenze tra livello soglia al dolore e potenziali evocati dallo stesso in soggetti affetti da demenza di Alzheimer rispetto ai non affetti.²³

Sull'elaborazione centrale del dolore non vi sono studi che dimostrino differenze tra giovani e anziani né tra anziani mentalmente sani e deteriorati. Nella review del 2003, Scherder ha rimarcato come gli studi al riguardo ipotizzino differenti sensibilità al dolore nelle diverse tipologie anatomiche delle demenze: nella demenza frontotemporale sarebbe minore la componente affettiva del dolore, mentre nella forma vascolare tale componente sarebbe aumentata.²⁴

In sostanza non vi sono dati scientifici concordanti che dimostrino una

diversa sensibilità dell'anziano rispetto al giovane al dolore, ancorché affetto da deterioramento cognitivo. Può essere invece diversa la modalità di espressione dello stesso.

Ostacoli alla presa in carico del dolore nell'anziano

Numerosi possono ostacolare la diagnosi di dolore nell'anziano:

Fattori legati al paziente

- Turbe sensoriali (visive-acustiche) turbe della parola (dis-afasia) con limitazione della comunicazione.

- Disturbi della coscienza (acuti: delirium, cronici: demenza). Se il demente lieve-moderato riesce normalmente a segnalare e a descrivere il dolore, ciò è molto più improbabile nel demente grave. Per questo, soggetti dementi con frattura di un arto possono apparire sofferenti o disturbati pur rispondendo indifferentemente "sì" o "no" a domande dirette sul loro dolore: risposte che si hanno in uguale percentuale in dementi senza alcuna frattura.^{25,26} Per una diagnosi è pertanto necessaria una ricerca approfondita con tempi adeguati.

- Cattiva interpretazione per confusione tra dolore e "sofferenza" o "limitazione funzionale". Nella pratica clinica si osserva spesso come le conseguenze funzionali del dolore preoccupino di più famiglia e paziente rispetto al sintomo stesso e pertanto vengano più facilmente lamentate e descritte rispetto al sintomo che ne è causa.²⁵

- Deficit specifici della memoria a breve termine limitano la diagnosi di dolore.²⁶

- Età e sesso del paziente: soggetti di età superiore a 70 anni hanno maggiore probabilità di non vedersi diagno-

sticato e trattato il dolore.⁶

Robinson nel 2003 conferma che in genere il dolore è sottostimato nei maschi rispetto alle femmine.²⁷

- Differenze sociali - culturali. Powell Larton, nel 1991, ha descritto che spesso il dolore non viene segnalato o espresso dal paziente anziano semplicemente per "rassegnazione" da parte dello stesso, quindi non diagnosticato e trattato dai sanitari.²⁸

Fattori legati alla famiglia o assistenti

- Timore di "suggerire" al malato il dolore, considerando comunque la lamentosità "normalmente" correlata al deterioramento cognitivo o alla vecchiaia stessa.²⁵

- Fatalismo, cioè considerare "inevitabile" il dolore nell'anziano.

- Pregiudizio sull'uso degli oppioidi.²⁵

Fattori legati ai sanitari

- La frammentazione delle cure. Una ricerca svolta nel 2000 in istituto oncologico olandese ha mostrato come solo il 70 per cento dei pazienti ricoverati sofferenti per dolore aveva un antalgico prescritto. Di questi solo il 74 per cento lo riceveva dall'infermiere. Di quanti ricevevano il farmaco solo nel 60% la somministrazione era corretta se per trattamento cronico e nell'85 per cento se per trattamento al bisogno.²⁹

- La formazione e sensibilità degli operatori. Cook conferma che l'ospedale generale e le geriatrie sono i luoghi dove il dolore è più trascurato, meno lo sarebbe in RSA e hospice, dove il contatto prolungato tra staff e paziente aumenta l'attenzione e l'abilità diagnostica.¹⁰

- Il ruolo professionale: l'accordo nella valutazione del carattere del dolore tra

medici e infermieri è del 32 per cento in reparti di medicina e del 44,5 per cento in centri geriatrici.³⁰

- Età e sesso del sanitario: secondo una ricerca statunitense, curanti più anziani avrebbero meno attenzione al dolore rispetto a curanti giovani. Allo stesso modo i sanitari maschi tenderebbero a sottostimare il dolore rispetto alle colleghe.²⁷

- Un'esperienza personale di dolore da parte del sanitario porterebbe comunque a una maggiore generosità nel prescrivere analgici.^{7,32}

- La mancanza di interesse specifico nel riconoscimento del dolore da parte della struttura ospitante e dei curanti operanti nella stessa o la semplice "mancanza di tempo" è un'importante barriera al trattamento corretto del dolore in questi pazienti.²⁸

Conseguenze del dolore non diagnosticato

La Federazione europea sezione della IASP nel 2001 ha dichiarato che "Anche se il dolore acuto può essere ragionevolmente considerato un sintomo di malattia o di lesione, il dolore cronico e ricorrente è un problema sanitario specifico, una malattia in sé e per sé".³³

Non diagnosticare, e quindi non trattare il dolore cronico, comporta, come per ogni altra malattia misdiagnosticata e non trattata, conseguenze particolarmente gravi se rapportate all'anziano:

Generali: limitazioni alla deambulazione sino all'allettamento e alla perdita dell'autonomia.³⁴

Dispnea: per dolori toracici specifici o sottodiaframmatici ma anche conseguenza dell'ansia correlata al dolore.

Diminuzione della sensibilità all'insu-

lina per aumento della cortisolemia, glucagonemia, acidi grassi liberi.³⁵

Trattamenti incongrui sino alla sedazione pesante.³⁶

Sociali: isolamento, incremento dei costi sanitari.^{3,25}

Disturbi del sonno: sino al 51 per cento dei pazienti.³⁷

Psicologici: depressione, ansia, sino al 60 per cento dei pazienti.

In particolare vi è un rapporto ambientale di tipo auto-alimentantesi tra depressione e dolore con sintomatologia spesso sovrapposta e confondente:

- il depresso non è semplicemente lamentoso, ma avverte di più il dolore;

- un dolore cronico può indurre una depressione;

- il dolore può essere sintomo iniziale di depressione;

- la depressione può peggiorare un dolore. Paradossalmente, la depressione può indurre il paziente a non esprimere o segnalare il dolore.^{38,39}

Segni del dolore

Secondo la definizione OMS "Il dolore può essere definito come una sensazione spiacevole e un'esperienza emotiva dotata di un tono affettivo negativo...". Ne consegue che, in assenza di turbe cognitive, la presa in carico del dolore di un anziano non differisca da quella di un soggetto adulto.

Se il paziente è affetto da demenza lieve-moderata è in genere comunque in grado di segnalare e descrivere il dolore; ciò al contrario diventa impossibile se la demenza è grave.

In questi casi diventa necessaria una valutazione da parte di terzi (eterovalutazione) di segni diretti e indiretti del dolore.

La eterovalutazione del dolore nel

paziente demente più grave ha un'ulteriore difficoltà nelle progressive limitazioni funzionali con il peggiorare dell'autonomia e quindi anche delle espressioni non verbali del dolore.

In presenza di dolore, ma in assenza di vocalizzazioni finalizzate e comprensibili, è il corpo a parlare tramite segni motori, funzionali o comportamentali sino ad allora non presenti.

Negli stadi più avanzati del decadimento cognitivo, in cui le capacità espressive e di movimento sono di per se limitate, acquistano più importanza altri segni, a riposo o in concomitanza con atti potenzialmente dolorosi:⁴⁰

- espressione del viso: mimica e sguardo corrucciati, oppure vuoti, volto distorto, chiusura ferma delle labbra, oppure labbra assottigliate, come anche bocca spalancata;

- emissione di suoni (non verbali) durante il movimento o le cure, come anche la modifica di grida o lamenti già presenti, in tono, intensità o frequenza;

- tensione muscolare localizzata o generale;

- modificazioni del comportamento (agitazione, prostrazione, opposizione alle cure);

- modifiche del sonno o appetito;

- sintomi respiratori (polipnea, apnee, sospiri);

- sintomi cardiovascolari (simpatici o parasimpatici);

- sintomi cutanei (pallore, sudorazione fredda, orripilazione).

Nell'uomo le reazioni facciali e comportamentali di difesa (movimenti rigidi o interrotti) sarebbero un indice più sensibile di dolore nei pazienti affetti da deterioramento cognitivo rispetto ai non deteriorati;^{41,42} osservazione confermata anche da Craig e

Manfredi, che tuttavia considerano utili tali segni ai fini dell'individuazione, non della quantificazione del dolore.^{40,43}

Hadjistavroupoulos aggiunge che le reazioni facciali sarebbero indice di dolore in atto, mentre le reazioni di difesa sarebbero indice di ansia anticipatoria.⁴⁴

Studi su scimmie confermano che, anche nell'animale, nessun segno può essere considerato patognomonico di dolore:⁴⁵ segni simili possono manifestarsi anche in occasioni in cui il dolore è improbabile. Questo è valido a maggior ragione in caso di pazienti dementi.¹¹ Per questo i segni di dolore debbono essere valutati insieme.

Può essere utile in questi casi l'uso di scale che valutino indicatori di discomfort come la Dis-DAT o la checklist of non verbal pain indicator,⁴⁶ tenendo presente che anche questi non sono specifici per dolore, ma molti autori li considerano utili per sospettarlo e quindi per trattare empiricamente il paziente.³⁶

Importante guida per l'osservazione è inoltre conoscere le modalità espressive del singolo paziente in accertate passate esperienze dolorose. Infatti, tali atteggiamenti, se sufficientemente stereotipati, si ripresenteranno e quindi potranno essere adeguatamente interpretati in occasioni algiche, anche nei dementi.⁴⁷

SCALE DI VALUTAZIONE

Le scale di valutazione sono un'utile guida alla valutazione del dolore.

Tali possono essere di auto o eterovalutazione, in quanto rispettivamente

somministrate e compilate dallo stesso paziente o da terzi (curanti, familiari).

Scale di autovalutazione

Sono le più semplici e affidabili, in quanto è il paziente stesso che giudica il sintomo. Sono quindi di prioritario uso, sinché il paziente è in grado di usarle.

L'autovalutazione può essere attuata semplicemente proponendo domande dirette, positive, semplici e non equivocabili al paziente stesso.

Tali domande riguardano la presenza, la durata, l'entità e la localizzazione del dolore (anche mediante indicazione diretta sul corpo stesso).

In alternativa esistono veri strumenti di autovalutazione: scale generiche unidimensionali (delle facce, visuale analogica -VAS-, numerica, verbale semplice, termometro del dolore) e scale più complesse (multidimensionali). Tra le unidimensionali, la Scala di Valutazione Verbale (VRS) è la più semplice e ha la maggiore probabilità di completamento, in quanto molti pazienti anziani preferiscono le scale verbali a quelle analogiche visive o numeriche. Questo strumento definisce l'intensità del dolore con aggettivi: assente, lieve, moderato, grave; oppure: assente, lieve, fastidioso, penoso, orribile e atroce.

Tra le scale multidimensionali, il Questionario McGill Pain proposto nel 1975, è stato uno dei primi.⁴⁸ Pur se di autovalutazione, risulterebbe proponibile anche in 2/3 dei pazienti con disturbi cognitivi lievi. Tuttavia, essendo piuttosto indaginoso e utilizzando parole complesse (discomfort, distress...) può essere difficoltoso per anziani con bassa scolarità, quindi è

poco usato.

La Verbal Descriptor Scale⁴⁹ risulterebbe invece di più facile applicazione, in quanto usa sinonimi e parole di semplice comprensione per indagare il dolore (peso, disturbo, crampo...) ma è comunque di limitato uso nel demente.

Diversi sono i pareri in merito a quale sia lo strumento migliore da usare in condizioni di deterioramento cognitivo.

Per valutare l'applicabilità delle scale di autovalutazione in presenza di alterazioni del linguaggio nel demente, Scherder⁵⁰ ha comparato l'uso di tre scale visive a pazienti con diverso grado di deterioramento cognitivo: scala analogica colorata, delle facce, delle facce con dimensione affettiva. La scala visiva analogica colorata è risultata la più comprensibile e utilizzabile qualsiasi fosse lo stato cognitivo del paziente, mentre quella delle facce è risultata comprensibile solo dal 20-30 per cento dei pazienti con demenza moderata. La scala con componente affettiva non ha trovato alcuna applicazione invece nel demente anche moderato.

Secondo Michel⁵¹ la scala visiva analogica (VAS), è lo strumento di riferimento per la valutazione del dolore nell'adulto, ma non essendo validato in geriatria e richiedendo capacità intellettive di astrazione, non sarebbe utile nel demente.

Pradines²⁵ e numerosi altri autori^{52,53} confermano che le scale numeriche sarebbero utilizzabili nell'anziano anche demente, a patto non vi sia deterioramento severo, mentre le scale verbali semplici (VRS) sarebbero gli ultimi strumenti di autovalutazione utilizzabili nella demenza, prima

di ricorrere all'eterovalutazione.

Così anche Ferrel¹⁶ e Wynne⁵⁴ consiglierebbero di usare una scala composta da aggettivi qualificativi (nessun dolore, leggero, medio, forte, molto forte), anche in soggetti con deterioramento cognitivo medio-grave, mentre la semplice indicazione diretta della zona algica sul corpo sarebbe il metodo preferibile per localizzarlo. Di fatto, le scale verbali semplici hanno dei limiti:

- richiedono un minimo di verbalizzazione (si/no);
- la valutazione è contestuale ossia non valuta la possibilità di amnesia per dolori intermittenti nel caso di demenza;
- la risposta può essere suggerita o automatica (positiva per domanda positiva e viceversa).

Scale di eterovalutazione

Diventano necessarie quando l'autovalutazione, anche assistita, non è più possibile o affidabile.

Si intuisce la difficoltà di oggettivare un sentimento non direttamente espresso: deve essere una terza persona a valutare il dolore del soggetto in esame.

L'eterovalutazione si basa sull'uso di strumenti (scale) che sono standardizzati e validati solo in singoli paesi e per determinate tipologie di soggetti. Generalmente queste scale considerano e assegnano un punteggio a diverse componenti comportamentali e fisiche del soggetto in esame, potenzialmente indicative per il dolore. Tali sono vocalizzazioni, espressioni del volto o corporee, atteggiamenti di difesa o anomali, modifiche comportamentali o psichiche. Viene quindi calcolato un punteggio complessivo

dei vari item: oltrepassato un punteggio minimo stabilito, lo strumento sarebbe indicativo per espressione di dolore.

Ciononostante, l'AGS³ raccomanda, in caso di dubbio e pur con punteggio inferiore alla soglia, di non esitare a fare test empirico antalgico: per Doujian, il comportamento che cambia con tale trattamento va interpretato comunque come espressione di dolore.³⁶

Le scale di eterovalutazione hanno importanza nel rilievo del dolore, non nella quantificazione; pertanto, se non ha senso comparare punteggi di pazienti diversi, può essere importante comparare l'andamento del punteggio nello stesso paziente: si consiglierebbe rivalutazione inizialmente almeno ogni 2 giorni sino al trattamento antalgico pieno, quindi da monitorare come polso o pressione nel diario.

Due scale francesi sono la Scala Comportamentale Semplificata (ECS) e la Scala Comportamentale di Valutazione del Dolore nell'Anziano (ECPA): quest'ultima (validata in Francia) trova uso per i familiari e curanti e pare piuttosto apprezzata in quanto semplice e comprensibile a tutti.⁵⁵

La anglosassone Checklist of Non-Verbal Pain Indicators (CNPI) è stata descritta e introdotta nel 2000 da Feldt osservando l'espressione non verbale di dolore in soggetti operati per frattura di un arto, confrontando soggetti dementi con soggetti cognitivamente adeguati.⁴⁶ L'utilità di tale lista è notevole, ma più dal punto di vista formativo-culturale che pratico in quanto non è ancora stata validata. Un'altra scala di questa categoria, interessante e di rapido uso è la Abbey

Pain Scale australiana.

Vi sono poi scale composte da items generici, senza distinzione tra soggetto a riposo o meno: tra tutte la scala Doloplus francese,⁵⁶ la Dis-DAT inglese¹¹ e la PAINAD americana.⁵⁷

Secondo Verlhac⁵⁸ ogni scala avrebbe un ambito specifico di uso: la Doloplus sarebbe più utile in RSA, l'ECPA nel paziente allettato, l'ECS essendo più semplice e breve sarebbe di preferibile uso per uno screening sistematico.

La eterovalutazione del dolore in pazienti anziani è più difficile e approssimativa se vi è un deficit cognitivo. Infatti, a parità di patologia potenzialmente algica, la valutazione raggiunge comunque un punteggio più elevato, minore è il grado di deterioramento cognitivo.⁵⁹ La eterovalutazione del dolore nel paziente demente trova un'ulteriore difficoltà nelle progressive limitazioni funzionali con il peggiorare dell'autonomia (limitazioni del linguaggio e del movimento) e quindi anche delle espressioni non verbali del dolore.⁶⁰

Schematizzando, l'uso di scale di eterovalutazione ha aspetti positivi e negativi.

Vantaggi

- Abituano a un uso di items meno soggettivi e più specifici rispetto a una osservazione non guidata;
- permettono una comparazione in équipe delle osservazioni su uno stesso paziente;
- facilitano la sensibilizzazione e la formazione dei curanti;
- stimolano la ricerca e l'interesse scientifico in questo campo;
- permettono il confronto tra valutazioni di uno stesso paziente nel corso

del tempo e dopo eventuale trattamento.

Svantaggi

- Sono generiche e i loro items non ponderati alle diverse situazioni/personone;
- sono standardizzate e valide solo per una popolazione testata all'interno di un paese;
- il punteggio può essere influenzato dall'esperienza personale, (professionale e di dolore)⁷, nonché dal sesso di chi valuta: Robinson, in uno studio di validazione di strumenti di eterovalutazione ha constatato come generalmente il dolore sia sottostimato, in particolare se effettuato da un maschio o verso un maschio;²⁷
- possono dare l'impressione che la eterovalutazione sia semplice;
- possono ritardare uso di strumenti diagnostici;
- possono portare a un loro sovrautilizzo anche in condizioni dove andrebbero usate quelle di autovalutazione;
- non si possono confrontare punteggi tra malati diversi;
- si aggiungono a tante altre scale in uso.

CONSIDERAZIONI PRATICHE

Se il paziente affetto da demenza lieve-moderata è in genere in grado di segnalare e descrivere il dolore, ciò diventa impossibile se la demenza diventa grave.

Il dolore del paziente demente grave necessita di una ricerca specifica.

In sostanza, ecco alcuni consigli pratici su come indagare il dolore:²⁵

1 - Condizioni ambientali della visita (setting): silenzio; buona illuminazione del proprio volto; postazione allo stesso livello del paziente; utilizzo della gestualità per indicare la zona dolente e una virtuale scala visivo-verbale del dolore.

2 - Nell'intervista le domande dovrebbero essere: brevi; semplici; positive; le parole articolate e distinte tra loro.

3 - L'intervistatore non dovrebbe essere sempre lo stesso (certi volti o voci sono più efficaci di altri).

4 - L'intervista deve essere accurata e ripetitiva, come accurata l'osservazione della comunicazione non verbale.

5 - L'esame obiettivo deve essere accurato come se si trattasse di un paziente politraumatizzato, con particolare interesse per l'apparato osteoarticolare e la pelle (decubiti).

6 - Ogni cambiamento del comportamento (stress, malessere), di una persona anziana deve far sospettare la possibile presenza di dolore.

7 - E' utile osservare i segni:

- verbali: semplici frasi ("non sto bene") o versi (grida, urla, gemiti, borbottii, grugniti);

- facciali: semplici (corrugamenti, digrignare i denti, serrare o spalancare gli occhi, sguardo accigliato, mordersi le labbra) o complessi (sguardi cattivi, arrabbiati, sofferenti);

- adattativi: grattare, stringere o fissare una precisa area, cercare un sostegno, evitare stimoli, riduzione dei movimenti giacendo o restando seduti;

- distrattivi: dondolio (o altro movimento ritmico), mordere le mani o le labbra, affaccendamento, stringere i pugni;

- posturali (posizione antalgica): posi-

zione corporea inabituale, atta a evitare o sollevare dal dolore; aumento tensione muscolare (estensione o flessione), alterazioni posturali, rannicchiamento, testa tra le mani, andatura zoppicante, coprirsi la testa con lenzuola o coperte, ginocchia accavallate;

- protezione zone dolenti: il malato protegge una o più zone del corpo tramite gesti o atteggiamenti di difesa;

- reazioni a sollecitazioni: qualsiasi stimolo, come il semplice avvicinarsi del curante, mobilitazione;

- reazioni alla toilette, vestizione, fatta da solo o con aiuto;

- alterazioni della vita sociale: pasti, animazione, partecipazione ad attività terapeutiche o ludiche di gruppo, accoglimento di visite;

- turbe del comportamento: aggressività, agitazione, confusione, indifferenza, fuga, regressione, domanda di eutanasia;

- autonomici: principalmente simpatici (reazione di paura o fuga con aumento pressione arteriosa, frequenza cardiaca, midriasi, sudorazione alle mani), o parasimpatici se associati a nausea o dolore viscerale (calo pressione arteriosa e frequenza cardiaca);
8 - Comparare tali segni con manifestazioni del paziente a precedenti episodi noti di distress.

9 - Documentare le osservazioni di ogni nuovo segno interpretabile come sofferenza.

10 - In caso di dubbio sulla possibile presenza di dolore non altrimenti espresso, (anche in presenza di test di eterovalutazione negativi o dubbi), l'American Gerontology Association comunque raccomanda un test empirico con antalgici.³

CONCLUSIONI

Il dolore cronico nell'anziano, più che un semplice sintomo è una vera malattia. La valutazione e il trattamento del dolore nel soggetto con deficit cognitivo è un problema, non solo clinico, ma etico, deontologico e sociale.

Sono stati svolti diversi studi per approntare strumenti o scale capaci di evidenziare segni ed espressioni dirette e indirette del dolore, ma nessuno di questi sin'ora si è dimostrato sempre e comunque valido. Tali strumenti restano tuttavia un importante segno di sensibilità e interesse da parte dei ricercatori per questo argomento e fondamentalmente uno stimolo per i clinici a porre maggiore attenzione verso lo stesso.

Le scale, in particolare quelle di eterovalutazione, dovrebbero pertanto far parte del bagaglio culturale di ogni curante che abbia contatti con soggetti affetti da deficit cognitivo: si tratti di medici, infermieri o semplici assistenti, non meno che i familiari dei pazienti stessi. Qui, come sempre in ambito geriatrico e palliativo, l'ascolto tra "curanti" e la pluridisciplinarietà nella valutazione non sono solo auspicabili, ma indispensabili.

Obiettivo di questa conoscenza non è certo l'utilizzo preciso e puntuale di uno o l'altro strumento, ma l'attenzione, la sensibilità per l'osservazione e la capacità di "tradurre" segni che altrimenti resterebbero, come più spesso accade sin'ora, indecifrabili o peggio male interpretati e quindi impropriamente trattati.⁶¹

Solo così si potrà dare la giusta risposta a una richiesta che viene da chi non ha voce.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Lanser P, Gesell S. Pain management: the fifth vital sign. *Healthcare Benchmarks* 2001; 8: 68-70.
- 2) Joint Commission releases new pain management standards. *Rep Med Guidel Outcomes Res* 2000; 11: 7-10.
- 3) AGS The management of persistent pain in older person. *JAGS*. 50/S205-S224, 2002.
- 4) Lenard JY Chronic pain: primary care treatment of the older patient. *Geriatrics*, 1999/01, vol 54 n.1, 23-24, 37.
- 5) Bradbeer M. Widowhood and other demographic associations of pain in independent older people. *Clin J Pain*, 2003 Jul-Aug 19(4): 247-254.
- 6) Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, Pandya KJ. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*, 1994 Mar 3;330(9):592-6.
- 7) De Rond. A pain monitoring program for nurses: effects of communication, assessment and documentation of patient's pain. *J Pain Sympt Man*, 2000 dec; 20(6): 424-39.
- 8) Sengstaken et al. The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Ger Soc*, 1993.41,5,541-44.
- 9) Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage*, 2000 Apr;19(4):240-8.
- 10) Cook ak. Assessing the pain of people with cognitive impairment. *Int J Ger Psychiatry*, 1999, vol. 14, 421-25.
- 11) Regnard et al. Difficulties in identifying distress and its causes in people with severe communication problems. *International J Pall Nursing*, 2003, 9(3): 173-176.
- 12) Aguzzoli f. Consommation pharmaceutique des personnes âgées en institution. *CreDES* 988, 1993/10.
- 13) Ashcroft R. Are the antipsychotic drugs the right treatment for challenging in learning disability? The lace of a randomised trial. *J Of Medical Ethics*, 27: 338-43 (2001).
- 14) Astor R. Detecting pain in people with profound learning disabilities. *Nursing times*, 97: 38-39 (2001).
- 15) Horgas et al. Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nurs Res*, 1998, 47: 235-42.
- 16) Ferrel BA. Pain management in elderly people. *J Am Geriatr Soc*, 1991 jan. 39 (1): 64-73.
- 17) Canto JG et al. Prevalence, clinical characteristics and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *JAMA* 2000 jun 28; 283 (24):3223-3229.
- 18) Ferrell BA. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Clin Ge. Med* 1996; 12: 601-613.

- 19) Edwards RR, Fillingim RB, Ness TJ. Age-related differences in endogenous pain modulation: a comparison of diffuse noxious inhibitory controls in healthy older and younger adults. *Pain*. 2003 Jan;101(1-2):155-65.
- 20) Pickering G. Douleur et Gériatrie. GTS - 042. Aspects fondamentaux de la douleur chez le sujet âgé. INSERM EMI 9904, Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand. Compte-rendu du congrès de 2002 de la SETD, Douleurs, 2002, hors série 1, p 2521.
- 21) Harkins SW, Price DD, Martelli M. Effects of age on pain perception: thermnociception. *J Gerontol* 1986 Jan; 41(1):58-63.
- 22) Gibson SJ, Voukelatos X, Ames D, Flicker L, Helme RD. An examination of pain perception and cerebral event-related potentials following carbon dioxide laser stimulation in patients with Alzheimer's disease and age-matched control volunteers. *Pain Res Manag* 2001 Fall; 6(3):126-32.
- 23) Kunz M et al. The impact of Alzheimer's disease on the pain processing. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2004 Jul; 72(7):375-82.
- 24) Scherder E. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet Neurol*, 2003 Nov; 2(11):677-86.
- 25) Pradines B. et al. Prise en compte de la douleur chez les personnes âgées: de multiples obstacles. *Geriatrics sept-Oct*. 1999 n. 16: 16-20.
- 26) Feldt K. Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip fractures. *J Am Geriatr Soc*. 1998; 46: 1079-85).
- 27) Robinson ME Gender bias in the observation of experimental pain. *Pain*, 2003 Jul 104 (1-2): 259-264.
- 28) Powell Larton. The role of pain in the last year of life of older persons. *J Of Gerontology*, 1991; vol. 46: 51-57.
- 29) De Rond ME, de Wit R, van Dam FS, Muller MJ. A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. *Pain*, 2000 Dec 15; 89(1):25-38.
- 30) Herr KA, Mobily PR, Wallace RB, Chung Y. Leg pain in the rural Iowa 65+ population. Prevalence, related factors, and association with functional status. *Clin J Pain*, 1991 Jun; 7(2):114-21 14.
- 31) Bethesda Dept. of Health and Human Services. National Institute of Nursing Research, U.S. A Report of the NINR Priority Expert Panel on Symptom Management: Acute Pain Bethesda, MD: DHHS; 1994.
- 32) Jean A et le group ECPA: L'etero-valuation de la douleur dusujet âgé en institution gériatrique: l'échelle ECPA in la douleur des femmes et des hommes agés. Sebag-Lanoe R. et al. Masson Paris, 2002, Chap. 15, 226-233.
- 33) Dichiarazione dell'EFIC sul dolore come problema sanitario rilevante e malattia in sé e per sé, 2001.
- 34) Doubrère JF Douleur : ni sous-estimée, ni banalisée. Dossier spécial. *L'infirmière en Gériatrie*, 1999, numéro 13, p 25-26.
- 35) Greisen j. Acute pain induces insulin resistance in humans. *Anesthesiology* 2001 set; 95 (3): 578-84.
- 36) Douzjian m. A program to use pain control medication to reduce psychotropic drug use in residents with difficult behavior. *Ann Of Long Term Care*, 1998; 6(5): 174-179.
- 37) Rainfray M. et al. CLUD. Evaluation de la douleur des personnes âgées hospitalisées. *Presse Med*, 2003 Jun. 7; 32 (20): 924-929.
- 38) Parmelee PA. The relation of pain to depression among institutionalized aged. *J Of Gerontology*, 1991; vol 46, 15-22.
- 39) Romano et Al. Chronic pain and depression: does the evidence support relationship? *Psychological Bull*, 1985; vol. 97, 18-34.
- 40) Manfredi PL, Breuer B, Meier DE, Libow L. Pain assessment in elderly patients with severe dementia. *J Pain Symptom Manage*, 2003 Jan; 25(1):48-52.
- 41) Baker A. Communication of pain: vocalisation as an indicator of the stage of labour. Au and new ze. *J Of Obs And Gin*, 1993. 33: 384-5
- 42) Fisher Morris M. The experience and expression of pain in alzheimer patients. *Age and Ageing*, 1997; 26: 497-500.
- 43) Craig KD. Emotional aspect of pain. In wall pd textbook of pain on cd-rom 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 44) Hadjistavrououlos T. Measuring movement-exacerbated pain in cognitively impair frail elders. *The Clinical Journal Of Pain*, 2000; 16: 54-63.
- 45) Inst. For laboratory animal. Research recognition and allevation of pain and distress in laboratory animals 1992.
- 46) Feldt K. The Checklist of non-verbal pain indicators (CNPI). *Pain Man Nurs*, 2000, 1, 1, 13-21.
- 47) Herr K et al. Pain control: pain assessment in cognitively impaired older adults. *Am J Nursing*, Dec. 2002; 102 n.12: 65-68
- 48) Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1975; 1: 277-299.
- 49) Gracely RG, Dubner R. Reliability and validity of verbal descriptor scales of painfulness. *Pain*, 1987; 29:175-185.
- 50) Scherder EJ, Bouma A. Visual analogue scales for pain assessment in Alzheimer's disease. *Gerontology*, 2000 Jan-Feb;46(1):47-53.
- 51) Michel M. Auto-évaluation de la douleur par la personne âgée. *Chu Rennes* 2003.
- 52) Ferrell ba. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symp Manage*, 1995; Nov. 10 (8): 591-8.
- 53) Simon AM et al. Evaluation de la douleur chez la personne âgée. *La Revue du generaliste et de gerontologie* 49 Nov. 1998. 6-10.
- 54) Wynne Carol F et al. Comparison of Pain Assessment Instruments in Cognitively Intact and Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Geriatric Nursing*, 2000; Volume 21 Number 1.
- 55) Morello R. LEPCA: une echelle comportementale de la douleur pour les personnes âgées non communicantes. *Inno kara* 1998; vol.3, n.51, 22-28.
- 56) Wary B et al. Doloplus échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée : de la sensibilisation à la validation. *Supplément du numéro de Gériatrie*. Tome 22, numéro 6, Juin 1997.
- 57) Warden V et al. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2003 Jan-Feb; 4(1):9-15.
- 58) Verlhac B. et al. Quelle echelle de la douleur choisir pour les dements? 17^e congres mondial de gerontologie 2001. *La revue de Geriatrie*, 26 suppl. B n. 8. 2001, B-45.
- 59) Cohen H. Pain in cognitively impaired nursing home residents: how well are physicians diagnosing it? *J Am Geriatr Soc*, 2002; 50(6):1039-44.
- 60) Hurley A et al. Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Research in Nursing and Health*. 15, 5, 369-377.
- 61) Murdoch J Larsen D Assessing. Pain in cognitively impaired older adults. *Nursing Standard* 2004; 18,38,33-39.