Newsletter Anìmo-Fondazione 3BI

A.N.I.M.O. FORMAZIONE RICERCA SVILUPPO INNOVAZIONE
Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera

FONDAZIONE 3Bi
bibliotec@ biomedic@ biellese

Settembre 2014

Volume 1, Numero 2

Secondo Atto

Carissimo Socio,

ecco la **seconda newsletter** di **Anìmo,** elaborata grazie alla collaborazione con la Fondazione 3B. Questo numero è dedicato alle molteplici problematiche legate al **dolore a tutto tondo** che sono state discusse, in modo approfondito durante l'evento "**Impact Proactive 2014**" a cui Anìmo è stata invitata a partecipare. Troverete inoltre una "overview" di abstract di articoli selezionati, sul **dolore cronico nei pazienti con disturbi cognitivi** che sono diventati una costante nei reparti ospedalieri e soprattutto nelle Medicine Interne.
Augurandovi una proficua lettura colgliamo l'occasione per ricordarvi che siamo aperti a vostri suggerimenti, osservazioni o contributi, che potranno giungerci tramite mail al seguente indirizzo: **info@associazione-animo.it**.

Buona lettura a tutti

Dott.ssa Claudia Gatta
Presidente Anìmo

Dott.ssa Roberta Maoret
Documentalista Biomedico
Fondazione 3Bi

Sommario:

Presentazione	Pg. 1
Anìmo a "Impact Proactive" pazienti con disturbi	Pg. 1-2
Il dolore cronico nei pazienti con disturbi cognitivi	Pg. 2-3
Riferimenti Bibliografici	Pg. 4
Abstracts	Pg. 4–5-6
Prossimi incontri, Congressi, Convegni	Pg.7

ANìMO a "IMPACT PROACTIVE"

a cura di
G. Bordin, M. Lince, A. Zuccone

Il **27** e **28 giugno** si è svolta a Firenze la V edizione di **Impact Proactive**, una due giorni che ha messo a confronto istituzioni, società scientifiche, associazioni e fondazioni.
Il dibattito vivace ed aperto si è focalizzato sul ruolo attivo che i diversi attori possono avere nella corretta applicazione della legge 38/2010 e nella condivisione di ***"scelte sagge" (choosing wisley)*** per una appropriata applicazione della normativa che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.
Il tema della corretta gestione del dolore è stato trattato da molteplici punti di vista, con relazioni importanti ed è stato dibattuto in tavoli di lavoro multidisciplinari.
ANìMO ha avuto l'onore di essere invitata a partecipare e a presentare la propria esperienza relativa a quanto già fatto nel progetto "fare di più non significa far meglio" lanciato da Slow medicine.

Punti salienti evidenziati:

- La gestione del paziente con dolore resta un aspetto assistenziale rilevante data l'elevata prevalenza nella popolazione: 500 milioni di giornate lavorative e 34 miliardi di euro persi, a causa di patologie algiche. .
- L'inefficace valutazione e trattamento del dolore è spesso legato a motivi culturali legati alla carente formazione dei professionisti della salute

- Fondamentale è il lavoro d'équipe e la presa in carico integrata del paziente, anche con il supporto di reti informatiche per la condivisione real time delle informazioni;
- Sul territorio nazionale ci sono esperienze e modalità organizzative molto diverse che non garantiscono pari dignità ed equità ai cittadini italiani
- Le scelte sagge derivano anche dal tempo dedicato all'ascolto del malato, che deve essere reso più partecipe nelle scel te di cura;

Come associazione è stato importante esserci ed essere coinvolta in questo dibattito per dare rilevanza al contributo che la disciplina infermieristica può dare ma anche per diffondere conoscenze sul tema "dolore" ai nostri associati

Cosa viene chiesto alle associazioni di professionisti come Anìmo?

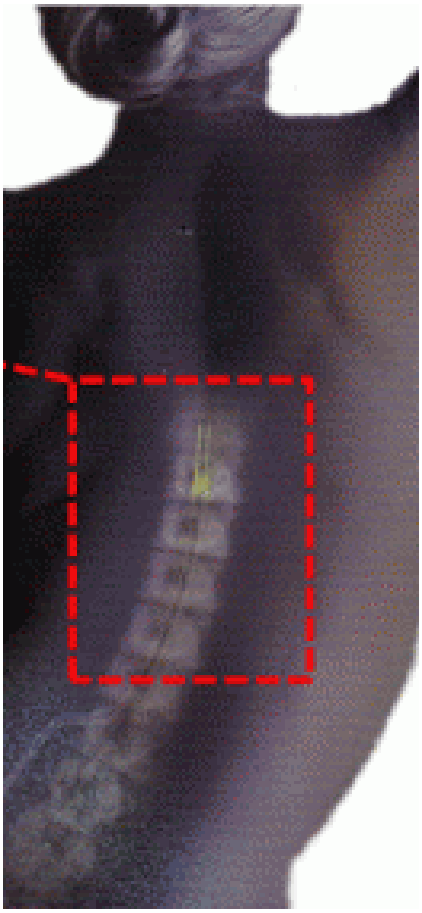
Diffondere la consapevolezza che il cambiamento culturale ***"dipende da noi"***
Utilizzare la rete ANIMO ed i momenti associativi come i congressi regionali e gli eventi formativi locali, per diffondere la cultura della corretta presa in carico del paziente con dolore

Per approfondimenti:
Visitando il sito **www.impactproactive.it** si trova molto materiale di riferimento e la sintesi dei lavori di gruppo svolti durante il workshop.

Il dolore cronico nei pazienti con disturbi cognitivi

Autori: Rapetti R., Lo Burgio I., Tesei L.

Il dolore cronico risulta essere un frequente problema di salute nella popolazione anziana e la sua prevalenza varia dal 45% al 80%. Molte patologie croniche quali depressione, malattie cardiovascolari, cancro e osteoporosi, frequenti nei soggetti anziani, aumentano il rischio di sviluppare tale sintomo. Inoltre, in questa tipologia di pazienti, il dolore è spesso associato a disturbi del sonno, con compromissione funzionale, diminuzione della socialità, maggiore utilizzo del sistema sanitario e conseguente aumento dei costi.[1] Il trattamento del dolore, così come sancito dalla **Legge 15 marzo 2010, n°38** è un diritto della persona, e parallelamente un dovere dell'infermiere. L'art. 7 della stessa legge sancisce inoltre l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica. Ed ancora **l'art. 34 del Codice deontologico** recita che "*L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari".*



Poiché tutte le persone con dolore meritano un riconoscimento ed un trattamento, il sintomo dovrebbe essere regolarmente monitorato, rivalutato e documentato al fine di agevolare la terapia e la comunicazione tra gli operatori sanitari.
Esiste ancora però una debole consapevolezza del problema tra le persone affette da disabilità intellettiva.[2] Alcuni studi hanno dimostrato che i soggetti con decadimento cognitivo ricevono meno farmaci antidolorifici in presenza di condizioni dolorose conosciute.[3] **Nelle degenze di Medicina Interna, sempre più spesso**, sia per il mutare del contesto epidemiologico e socioculturale, che per la variazione delle caratteristiche della popolazione, si assistono persone affette da demenza o malattia di Alzheimer con grave deterioramento cognitivo. Relativamente a questo bisogno, è indispensabile conoscere il metodo e l'approccio più efficace.
La valutazione del sintomo nei pazienti che non sono in grado di comunicare è basata principalmente su scale di osservazione.[4] La verbalizzazione, rappresenta il gold standard dell'approccio valutativo.
Tuttavia, le persone affette da demenza o malattia di Alzheimer possono perdere tale capacità. Indicatori comportamentali come le smorfie, sono stati pertanto proposti come strumento di valutazione.[5] Recenti studi suggeriscono però che, individui con AD (Alzheimer Desease) presentano dolore, ma al progredire della malattia la capacità di rilevare, interpretare e riferire verbalmente o attraverso comportamenti può essere persa, di conseguenza questa tipologia di persone pur provando dolore o sofferenza, non sono in grado di esprimerlo con i comportamenti. [6] E' importante ricordare quindi, che nei

pazienti con alterato stato cognitivo nessuna singola strategia di valutazione oggettiva, è di per sé sufficiente. Nello specifico, la valutazione del dolore nei pazienti anziani con deterioramento cognitivo che non riescono a comunicare, deve rispondere a determinati principi:

1. Self-report

Negli stadi avanzati della malattia le devastazioni della demenza impattano gravemente con la capacità di comunicare il dolore. Danni al sistema nervoso centrale colpiscono la memoria, il linguaggio e i processi cognitivi di ordine superiore. Tuttavia, nonostante i cambiamenti nel funzionamento del sistema nervoso centrale, persone con demenza presentano ancora le sensazioni di dolore ad un livello simile a quello dell'anziano cognitivamente integro (Shuler et al., 2004).
La demenza influenza l'interpretazione dello stimolo dolore e la risposta affettiva a quella sensazione (Scherder et al., 2005). Anche se il self-report del dolore è spesso possibile in pazienti con lieve o moderata disfunzione cognitiva, al progredire della demenza, la capacità di comunicazione regredisce fino alla totale assenza.

2. Ricerca di potenziali cause di dolore/disagio

Considerare il dolore cronico un sintomo comune nelle persone anziane (ad esempio: artralgie, lombalgie, neuropatie). I disturbi muscoloscheletrici e neurologici sono le cause più comuni e dovrebbe essere data la priorità nel processo di valutazione. Una caduta recente o un altro problema acuto (ad esempio le infezioni del tratto urinario, le polmoniti, le lacerazione della pelle) potrebbe essere la causa del dolore.

3. Osservazione dei comportamenti dei pazienti

Osservare i comportamenti riconosciuti come indicatori di dolore nella popolazione specifica. Le espressioni facciali, le verbalizzazioni/vocalizzazioni, i movimenti del corpo, i cambiamenti nelle interazioni interpersonali, nei modelli di attività o della routine, e alterazioni dello stato mentale sono stati identificati come categorie di potenziali indicatori di dolore nelle persone anziane con demenza. E' opportuno disporre di un elenco di indicatori inclusi in queste categorie e un algoritmo per la valutazione del dolore nelle persone incapaci di self-report. Alcuni atteggiamenti sono comuni e in genere considerati come causa di dolore correlato (ad esempio, le smorfie del viso, i lamenti, i gemiti, lo strofinare una parte del corpo), ma altri sono meno evidenti (ad esempio, l'agitazione, l'irrequietezza, l'irritabilità, la confusione, in particolare durante le attività di assistenza e trattamenti e modifiche di appetito) e richiedono un follow-up continuo. I comportamenti tipici spesso non sono presenti e gli indicatori più sfumati possono rappresentare il dolore. L'osservazione del comportamento dovrebbe verificarsi durante l'attività, quando possibile, perché il dolore può essere minimo o assente a riposo.
In riferimento all'uso di strumenti di valutazione comportamentale del dolore, due studi indicano che, anche se esistono degli strumenti validi, non esiste uno strumento specifico con una forte affidabilità e validità che può essere raccomandato per l'ampia adozione nella pratica clinica per le persone con demenza avanzata (Herr et al., 2006 ; Stolee et al, 2005; Zwakhalen et al, 2006).
Quelli con il più forte supporto concettuale e psicometrico in questo momento, così come utilità clinica, sono i seguenti:

- **ADD**: testato in ambiente di cura a lungo termine; dolore acuto e cronico;
- **CNPI:** testato in reparti per acuti, delle cure a lungo termine; dolore acuto / cronico;
- **Doloplus 2**: **http://www.doloplus.com**), testato in ambiente di cura a lungo termine, centri geriatrici, centro di cure palliative, dolore cronico;
- **NOPPAIN:** testato in assistenza a lungo termine, dolore acuto e cronico;
- **PACSLAC** testato in ambiente di cura a lungo termine; dolore cronico;
- **PAINAD:** testato in ambiente di cura a lungo termine, dolore cronico, relazioni preliminari dei tests in dolore acuto non ancora pubblicate;

4. Segnalazione riferite (Famiglia, genitori, operatori sanitari)

Nel setting di cura a lungo termine, **il caregiver** ha dimostrato avere un ruolo strategico nel riconoscere la presenza di dolore (Fisher et al, 2002; Mente et al, 2004), la formazione sul precoce riconoscimento dovrebbe essere pertanto una componente di tutti gli operatori che si occupano di assistenza. I membri della famiglia rappresentano i caregivers con più dimestichezza nel cogliere i comportamenti tipici di dolore o i cambiamenti di attività abituali che potrebbero suggerire la presenza di dolore in terapia intensiva e in altri contesti in cui gli operatori sanitari non hanno una conoscenza protratta nel tempo del paziente .

5. Tentare un approccio analgesico.

Stimare l'intensità del dolore sulla base delle informazioni ottenute dalle fasi di valutazione precedenti e selezionare un analgesico appropriato.
Concludendo, **il self–report** rappresenta il **gold standard** nella valutazione del dolore. L'osservazione diretta del comportamento correlato al dolore diventa il metodo di valutazione standard in individui che non sono in grado di comunicare o con una compromissione cognitiva. L'affidabilità di usare atteggiamenti osservabili come unico metodo per valutare per il dolore nelle persone con grave demenza o malattia di Alzheimer è però discutibile.
In presenza di condizioni notoriamente dolorose, l'uso programmato di analgesia dovrebbe essere considerata al fine di assicurare un terapeutico livello di analgesia nelle persone che non possono esprimere verbalmente o attraverso i comportamenti la presenza del dolore.[8]

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Arq Neuropsiquiatr. 2011;69(2B):387-94.
The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient.
Andrade DC[1], Faria JW, Caramelli P, Alvarenga L, Galhardoni R, Siqueira SR, Yeng LT, Teixeira MJ

2. Curr Opin Psychiatry. 2013 May; 26(3):270-5.
Pain in people with an intellectual disability.
McGuire BE, Kennedy S.

3. J Adv Nurs. 2012 Sep;68(9):2070-8.
Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life.
Monroe T1,Carter M, Feldt K, Tolley B, Cowan RL

4. Psychogeriatrics. 2010 Sep;10(3):131-7.
Development of the Japanese DOLOPLUS-2: a pain assessment scale for the elderly with Alzheimer's disease.
Ando C[1], Hishinuma M

5. Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS), 2012 Sep; 68 (9): 2070-8. (37 ref).
Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life.
Monroe, Todd; Carter, Michael; Feldt, Karen; Tolley, Betsey; Cowan, Ronald L

6. Curr Opin Psychiatry. 2013 May; 26(3):270-5).
Pain in people with an intellectual disability.
McGuire BE, Kennedy S.

7. J Adv Nurs. 2012 Sep;68(9):2070-8
Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations.
Keela Herr, PhD, RN, FAAN,*Patrick J. Coyne, SN, RN, CS, FAAN, Tonya Key, RN, C,Renee Manworren, MS, RN, C, CNS,Margo McCaffery, MS, RN, FAAN,Sandra Merkel, MS, RNC, Jane Pelosi-Kelly, MSN, RN, C, CS, ANP, andLori Wild, PhD, RN

8. J Adv Nurs. 2012 Sep;68(9):2070-8.
Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life.
Monroe T1,Carter M, Feldt K, Tolley B, Cowan RL

REFERENCE N°1

Arq Neuropsiquiatr. 2011;69(2B):387-94.

The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient.

Andrade DC[1], Faria JW, Caramelli P, Alvarenga L, Galhardoni R, Siqueira SR, Yeng LT, Teixeira MJ.

Abstract

Persistent pain is a frequent health problem in the elderly. Its prevalence ranges from 45% to 80%. Chronic diseases, such as depression, cardiovascular disease, cancer and osteoporosis have a higher prevalence in aged individuals and increase the risk of developing chronic pain. The presence of pain is known to be associated with sleep disorders in these patients, as well as functional impairment, decreased sociability and greater use of the health system, with consequent increase in costs. Alzheimer's disease patients seem to have a normal pain discriminative capacity and they may probably have weaker emotional and affective experience of pain when compared to other types of dementia. Many patients have language deficits and thus cannot properly describe its characteristics. In more advanced cases, it becomes even difficult to determine whether pain is present or not. Therefore, the evaluation of these patients should be performed in a systematic way. There are three ways to measure the presence of pain: by direct questioning (self-report), by direct behavioral observation and by interviews with caregivers or informants. In recent years, many pain scales and questionnaires have been published and validated specifically for the elderly population. Some are specific to patients with cognitive decline, allowing pain evaluation to be conducted in a structured and reproducible way. The next step is to determine the type of painful syndrome and discuss the bases of the pharmacological management, the use of multiple medications and the presence of comorbidities demand the use of smaller doses and impose contra-indications against some drug classes. A multiprofessional approach is the rule in the management of these patients.

PMID:21625771

REFERENCE N°2

Curr Opin Psychiatry. 2013 May;26(3):270-5.

Pain in people with an intellectual disability.

McGuire BE[1], Kennedy S.

Abstract

PURPOSE OF REVIEW:

Pain is a near-universal experience and research suggests that chronic pain, defined as pain lasting longer than 3 months, affects around 20% of the general population. However, there is relatively little awareness of the problem of pain amongst people with an intellectual disability.

RECENT FINDINGS:

Recent prevalence studies indicated that chronic pain affects around 15% of people with an intellectual disability. Although prevalence can be estimated based on third-party reports, there are methodological limitations that suggest this way of de-

tecting pain may be unreliable. Other methods, such as structured behavioural observation, offer a reliable and valid alternative. Once pain has been recognized, however, there has been limited research to evaluate pain management interventions for people with an intellectual disability, especially in the area of self-management.

SUMMARY:

There is good evidence to support behavioural observation methods for recognition of pain in people with limited ability to communicate about their pain. Psychological interventions for pain management are widely used in the general population and may also have a useful role in assisting people with an intellectual disability who are affected by persistent pain. However, there is an ongoing paucity of research in this area.

Comment in

Psychiatry looks towards the future in neurodegenerative and neurodevelopmental disorders. [Curr Opin Psychiatry. 2013]

Psychiatry looks towards the future in neurodegenerative and neurodevelopmental disorders. *Curr Opin Psychiatry. 2013 May; 26(3):237-8.*

PMID:23508000

REFERENCE N°3

J Adv Nurs. 2012 Sep;68(9):2070-8.

Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life.

Monroe T[1], Carter M, Feldt K, Tolley B, Cowan RL.

Abstract

AIM:

To assess advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life.

BACKGROUND:

Self-report is the gold standard for pain assessment; however, people with Alzheimer's disease may lose the ability to report pain. Biochemical and neuropathological changes occur in Alzheimer's disease that impairs the affective, sensory, and motor pain processing regions of the brain. Because people with severe Alzheimer's disease may lose the ability to report their sensory and emotional response to pain verbally, external motor displays of pain, such as grimacing, have been suggested for use in people with Alzheimer's disease.

DESIGN:

Between groups cross sectional study.

METHOD:

Retrospective chart audits of people with Alzheimer's disease in nine nursing homes in the US in 2009. Participants were nursing home residents (n = 48) with mild to very severe dementia, pain and cognitive measures were collected during the final 3 months of life. The primary outcome variable was the discomfort behaviour scale score (a measure of observed pain behaviour) and the main predictor variable was the cognitive performance scale score (a measure of Alzheimer's disease severity). Medication administration (opioid, non-narcotic, and psychotropic medications) recorded over the final 2 weeks of life was collected as a covariate of interest.

RESULTS:

Alzheimer's disease severity was negatively associated with pain behaviours. Post hoc procedures showed that this difference was due to the difference in pain behaviours between individuals with moderate and very severe Alzheimer's disease. Total amount of opioid analgesic, total number of doses of non-narcotic medications, and psychotropic medications administered over the last 2 weeks of life were not statistically significantly correlated with pain behaviour. An inverse correlation was found between cognitive ability (Cognitive Performance Scale score) and total amount of opioid medication indicating that individuals with severe Alzheimer's disease received less opioid.

CONCLUSION:

Because people with worsening Alzheimer's disease have fewer pain behaviours, assessing pain using behavioural indicators can be a challenge. Improving methods to assess for pain in people with Alzheimer's disease is of critical public health importance. Moreover, future studies are urgently needed to further examine the sensory, emotional, and behavioural responses to pain in people with Alzheimer's disease.

PMID:22272816

REFERENCE N°4

Psychogeriatrics. 2010 Sep;10(3):131-7.

Development of the Japanese DOLOPLUS-2: a pain assessment scale for the elderly with Alzheimer's disease.

Ando C[1], Hishinuma M.

Abstract

BACKGROUND: Pain assessment in non-communicative patients relies primarily on observation scales. The DOLOPLUS-2 is a behavioral pain assessment scale for the elderly with impaired verbal communication. It rates five somatic items, two psychomotor items, and three psychosocial items as indicators of pain. The aims of the present study were to develop a Japanese version of the DOLOPLUS-2 and to apply it to elderly patients with Alzheimer's disease (AD).

METHODS: The translated instrument was evaluated with reference to Japanese patients with AD experiencing pain during post-surgery rehabilitation for hip fractures and who were unable to use any self-reported pain measures. After translation

and back-translation, 21 registered nurses tested 'Version 1' of the pain assessment scale on three patients. The ratings of the nurses and researcher were compared and the number of matching scores determined. Semistructured interviews were conducted with the nurses and patient case studies were recorded. The results of the interviews provided the basis for the development of 'Version 2' of the scale, which was then tested with six patients and 31 nurses using the same procedures as for the testing of Version 1.
RESULTS: The intraclass correlation coefficient for inter-rater reliability for the Version 2 administrators was 0.90 ($P < 0.001$), with a 95% confidence interval of 0.88-0.92; the degree of agreement by items (0.67-0.90) was excellent. Nurses' comments for Version 1 revealed that it was 'difficult to use' and that 'some Japanese expressions and explanations needed improvement'. In contrast, the nurses' comments on Version 2 indicated that there were no problems. Analysis of patient case studies in Version 2 indicated that pain scores were high only when the patients clearly would have had pain, such as when they started with full weight bearing. On the basis of these results, we developed a final version of the Japanese DOLOPLUS-2.
CONCLUSION:
The findings of the present study suggest that Version 2 of the Japanese DOLOPLUS-2 can be used reliably in clinical settings to measure the pain AD patients may be experiencing. However, the final version of the Japanese DOLOPLUS-2 needs to be validated in a larger patient cohort in future studies.
PMID:20860568

REFERENCE N°5 (VEDI ABSTRACT REFERENZA N°3)
J Adv Nurs. 2012 Sep;68(9):2070-8.
Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life.
Monroe T[1], Carter M, Feldt K, Tolley B, Cowan RL.
PMID:22272816

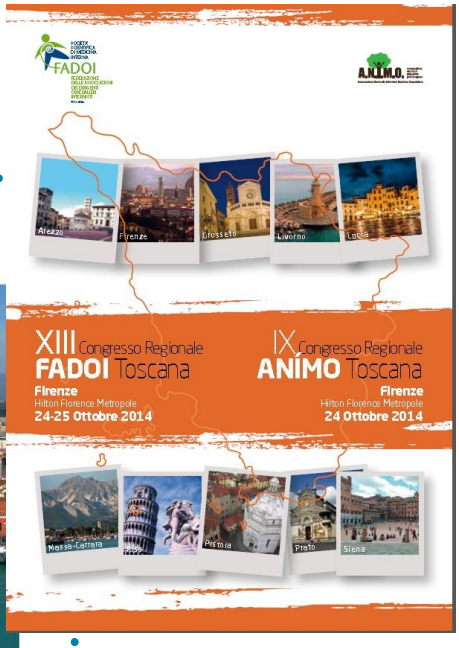
REFERENCE N°6 (VEDI ABSTRACT REFERENZA N°2)
Curr Opin Psychiatry. 2013 May;26(3):270-5.
Pain in people with an intellectual disability.
McGuire BE[1], Kennedy S.
PMID:23508000

REFERENCE N°7
Pain Manag Nurs. 2006 Jun;7(2):44-52.
Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations.
Herr K[1], Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, Pelosi-Kelly J, Wild L; American Society for Pain Management Nursing.

Abstract
The article presents the position statement and clinical practice recommendations for pain assessment in the nonverbal patient developed by an appointed Task Force and approved by the ASPMN Board of Directors.
PMID:16730317

REFERENCE N°8 (VEDI ABSTRACT REFERENZA N°3)
J Adv Nurs. 2012 Sep;68(9):2070-8.
Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life.
Monroe T[1], Carter M, Feldt K, Tolley B, Cowan RL.
PMID:22272816

PROSSIMI INCONTRI, CONGRESSI E CONVE-

Per maggiori informazioni visitate il sito :

www.associazione-animo.it