LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE DELLE SCALE DEL DOLORE

Il dolore soprattutto nell'assistito anziano è multidimensionale, cioè è formato da numerosi componenti che includono: i comportamenti (le smorfie, l'atto di zoppicare ecc.), l'intensità, la componente affettiva, le credenze (senso di controllo, credenze sul significato), la qualità della vita. Le diverse dimensioni vengono espresse in modo differente nel dolore acuto o in quello cronico. Infatti, nel dolore acuto, la dimensione sensoriale è la più importante; nel dolore cronico, invece, assumono una rilevanza maggiore i fattori affettivi e valutativi.

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

La scala di valutazione del dolore è scelta sulla base dei risultati delle scale cognitive

- Se il risultato del MMSE è compreso tra 18-30 può essere somministrata la VAS
- Se il risultato del MMSE è compreso tra 0-17 o "non applicabile" deve essere compilata la PAINAD

La somministrazione di questi strumenti nel soggetto con decadimento cognitivo lieve-moderato e limitazione dell'attenzione, richiede l'osservanza di alcune regole

- ✓ Evitare eccessive stimolazioni prima di cominciare la valutazione
- ✓ Eliminare i possibili disturbi ambientali
- ✓ Assicurare una buona illuminazione
- ✓ Disponibilità di grossi pennarelli / immagini
- ✓ Ripetere le istruzioni
- ✓ Utilizzare termini semplici
- ✓ Lasciare un tempo adeguato per rispondere

Altre raccomandazioni

Occorre comunque garantire continuità dello stesso strumento selezionando e/o continuando ad usare la stessa scala per lo stesso assistito.

Non usare lo strumento selezionato per confrontare il dolore di un paziente con quello di un altro paziente.

Evitare di modificare e adattare "localmente" uno strumento validato e la sua scala

LA VAS (Visual Analogue Scale)

La scala è una retta di 10 cm con due estremità che corrispondono a "nessun dolore" e "massimo dolore" (il massimo di cui si ha avuto esperienza). Quantifica ciò che si percepisce come dolore nel complesso senza rintracciare quale componente abbia un ruolo maggiore. Rappresenta l'ampiezza visiva del dolore che il paziente crede di avvertire; può assumere la forma di scala del sollievo.

E' semplice, facilmente ripetibile e indipendente dalla lingua dell'assistito. Presenta le seguenti criticità:

- è monodimensionale;
- le risposte tendono a raggrupparsi verso i numeri centrali
- le risposte sono influenzate dalle caratteristiche psicofisiche dell'assistito
- richiede coordinazione visiva e motoria da parte dell'assistito

Il paziente deve mettere un punto al livello di intensità che prova.

I comportamenti da dolore che sono stati identificati (specifici e non) devono essere comunicati a tutto il personale di assistenza ed è obbligatorio segnare il dolore in cartella clinica riportando i dati su una parte della stessa utilizzando preferibilmente una scheda per il monitoraggio.

A quali assistiti va somministrato?

a. Tutti gli assistiti ammessi per la prima volta in struttura a partire dal 01 Gennaio 2017.
b. Coloro che usufruiscono del servizio residenziale (**non** del Centro Diurno), siano temporanei o permanenti, anche in modulo motorio, cure intermedie, ri.t.u., psichiatrici o ex op., compresi gli adulti inabili e gli assistiti allettati.

Chi lo può somministrare?

L'infermiere

Tempo di somministrazione: breve