

Dolore e decadimento cognitivo

Negli anziani con demenza il riconoscimento e il trattamento del dolore è un problema che dovrebbe essere tempestivamente affrontato, in quanto se non è controllato pone il paziente in una condizione di fragilità e vulnerabilità, oltre che di perdita di dignità

La demenza non è un fenomeno "tutto o nulla", ma un processo dinamico; la capacità di comprendere e di esprimersi non declina improvvisamente con il manifestarsi della malattia.

Nelle fasi iniziali è ancora possibile valutare se è presente o meno il sintomo dolore, bisogna però avere pazienza, dare tempo, sapere ascoltare e "decodificare" le poche parole con cui queste persone tentano di comunicare.

Chi lavora con questi pazienti sa bene come ogni tanto presentino momenti di sorprendente lucidità, in cui si esprimono con estrema chiarezza.

È noto che il paziente con demenza in fase iniziale può usare varie parole e con i significati più diversi per tentare di esprimere il proprio dolore come: bruciore, senso di peso, lamenti (ahi! vai via! basta!), imprecazioni.

Le cose possono complicarsi ulteriormente. Nelle prime fasi del decadimento cognitivo spesso il paziente ha la sensazione del processo di cambiamento e di "perdita" che sta avvenendo. Spesso il malato è portato a mascherare il deficit cognitivo lamentando una sintoma-

tologia dolorosa: "mal di testa, testa che gira o vuota o pesante, mi sento stanco" o altri sintomi somatici. Pertanto per il caregiver può essere veramente difficile sapere discernere tra un dolore vero o un tentativo di mascherare il deficit.

È poi risaputo che con la progressione della malattia vi è un aumento del deficit di memoria e una diminuzione della capacità di comprensione e di comunicazione; il paziente cioè è sempre più in difficoltà a ricordare e a comunicare la propria esperienza del dolore.

Questo comporta ovviamente una diminuzione dei sintomi, diminuzione che aumenterà in maniera esponenziale con il progredire della malattia; fino ad arrivare, nella demenza severa, al momento in cui il paziente presenterà un completo deficit di espressione verbale. In questa fase, in cui il soggetto non è più in grado di comunicare, il dolore da sintomo diventa segno. È il momento, cioè, in cui l'osservazione attenta del paziente e la semeiotica diventano fondamentali, perché sono gli unici elementi che ci permettono di fare diagnosi di dolore.

Per questo motivo può essere di grande

utilità pratica elencare di seguito i più comuni segni di dolore che si possono manifestare nei pazienti con deficit di espressione verbale (tabella 1). Anche le modificazioni del battito cardiaco e della pressione arteriosa possono essere indicatori di dolore in pazienti con deficit di espressione verbale, ma si sono dimostrate poco specifiche in quanto difficili da distinguere da altre forme di sofferenza (Turk DC et al. In Handbook of Pain Assessment; New York-London: The Guilford Press; 2001: 134-150).

Prendendo atto della difficile e sicuramente inadeguata valutazione del dolore nelle persone affette da demenza in fase avanzata, negli ultimi anni molti ricercatori hanno quindi cercato di mettere a punto scale di valutazione, basate sull'osservazione da parte di un'altra persona, di tutti quei comportamenti che possono essere potenziali indicatori di dolore.

Questo tipo di scale di valutazione del dolore, definite "scale osservazionali", vengono somministrate in genere dal caregiver o dalla persona che trascorre più tempo con il paziente. In letteratura se ne possono trovare molte, le più usa-

Tabella 1

Segni di dolore in pazienti con deficit di espressione verbale

Espressioni facciali	Vocalizzazioni	Movimenti del corpo	Cambiamenti improvvisi dello stato cognitivo	Cambiamenti improvvisi del comportamento	Variazioni della vita di relazione
<ul style="list-style-type: none"> • Triste • Spaventata • Smorfie • Occhi chiusi, semichiusi • Accigliata • Sbattere le palpebre • Fronte corrugata 	<ul style="list-style-type: none"> • Sospirare • Lamentarsi • Gemere • Brontolare • Cantare • Gridare • Ingiurie • Richiesta d'aiuto 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidità • Agitazione • Atteggiamento di difesa • Tensione muscolare • Dondolare • Girovagare • Riduzione dei movimenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusione inusuale • Facile irritabilità • Angoscia • Delirio • Pianto immotivato 	<ul style="list-style-type: none"> • Inappetenza e/o rifiuto del cibo • Insonnia e/o inversione del ritmo sonno-veglia • Apatia • Agitazione • Diminuzione delle abilità funzionali 	<ul style="list-style-type: none"> • Opposizione • Riduzione delle interazioni sociali • Isolamento • Aggressività • Comportamenti inappropriati

te e validate sono: Noppain (Non-communicative patient's pain assessment instrument), Painad (Pain Assessment in Advanced Dementia), Doloplus-2. Tutte si basano sull'osservazione del paziente durante l'assistenza quotidiana e ne rilevano i comportamenti che possono suggerire il dolore (Zwakhalen S et al. *BMC Geriatr* 2006; 6: 3).

Pur essendo ancora scarsamente omogenei e suscettibili di un ampio margine di miglioramento, questi strumenti hanno però dimostrato di potere migliorare di molto la qualità di vita dei pazienti dementi istituzionalizzati (Cohen-Mansfield J et al. *Clin J Pain* 2002; 18: 64-73).

In buona sostanza queste scale di valutazione sono sicuramente una risorsa importante per la valutazione del dolore nei pazienti che non sanno comunicare verbalmente, soprattutto perché aiutano ad avere maggiore attenzione alla persona grazie a un approccio personalizzato e a una valutazione globale.

D'altra parte è altrettanto vero che l'inquadramento del dolore nei pazienti affetti da demenza in fase avanzata rimane sicuramente difficile e un corretto riconoscimento continua a essere una sfida quotidiana per chi è accanto a queste persone. In particolare un problema ancora aperto sembra essere quello della correlazione tra dolore e disturbi del comportamento: in altre parole, il delirium e l'aggressività in questi pazienti, sono segni di demenza o di dolore?

Sappiamo che comportamenti aggressivi possono essere una risposta di protezione da parte di soggetti che non sono in grado di esprimere il loro dolore, ma questi possono essere facilmente confusi per segni di demenza (erroneamente si può aumentare la dose di farmaci antipsicotici con evidenti danni). D'altra parte l'aggressività può essere realmente un segno di demenza.

È evidente quindi come il problema sia estremamente complesso e non ancora del tutto risolto dalle attuali scale di valutazione del dolore.

Un aiuto indispensabile viene sicuramente dall'approccio multidisciplinare e dal lavoro in squadra. Per esperienza comune, anche nei casi più difficili, fondamentale è una buona comunicazione e una forte collaborazione tra tutti i membri dell'équipe.

Va ricordato in particolare che nelle residenze protette l'addetto all'assistenza è il membro del team che trascorre più tempo a contatto diretto con i pazienti e quindi si trova nella posizione ideale per valutare e comunicare il dolore, per segnalare l'efficacia delle terapie antalgiche, per suggerire eventuali variazioni nei piani di trattamento.

L'addetto all'assistenza è pertanto una figura chiave nella cura dei pazienti affetti da demenza, purché adeguatamente formato e responsabilizzato.

■ Obiettivi futuri

In definitiva, un adeguato riconoscimento e trattamento del dolore in questi pazienti è sicuramente un problema di primaria importanza che deve essere urgentemente affrontato; soprattutto perché il dolore non controllato pone il paziente, oltre che in una condizione di estrema fragilità e vulnerabilità, anche in una condizione di perdita di dignità che non può dimi-

nuire in caso di perdita di autonomia. Per cercare quindi di dare risposte concrete alla difficile questione della valutazione del dolore della persona anziana, sembra necessario porsi per il prossimo futuro almeno tre obiettivi:

- la valutazione del dolore negli anziani dovrebbe divenire prassi comune al pari della valutazione degli altri parametri vitali;
 - ulteriori ricerche dovrebbero essere intraprese per migliorare la validità, l'affidabilità, la semplicità e l'utilità clinica delle scale di valutazione del dolore;
 - ogni istituzione dovrebbe programmare corsi di formazione per operatori sanitari per un corretto uso degli strumenti per la rilevazione del dolore.
- Se percorreremo con convinzione questa strada arriveremo a un importante traguardo: il dolore non sarà più un compagno inevitabile della malattia anche per le persone anziane; e questo dovrà essere vero per tutti: affetti da polipatologie o da demenza senile, residenti a casa o in una struttura per anziani.