



# MORIRE IN ISTITUZIONE \*

Sabato 1° dicembre 2007



## Aspetti clinici

**A. Cester (Dolo-VE)** Direttore del Dipartimento di Geriatria e Riabilitazione  
Az. ULSS 13 Reg. Veneto e mail: [alberto.cester@ulss13mirano.ven.it](mailto:alberto.cester@ulss13mirano.ven.it)

\* Gruppo di Studio della SIGG  
*“La cura nella fase terminale della vita”*,  
sostenuto da un contributo non condizionato  
della **Fondazione Alitti**





## “Anziani IN Immagini”



**52° Congresso 2007:**

***Ledo Contemori***

# MISURE DI QUALITÀ

	<b>Umbria (n= 496)</b>	<b>ULISSE (n= 1756)</b>	<b>USA tutti i residenti</b>
<b>Allettamento (%)</b>	<b>3.0</b>	<b>5.5</b>	<b>4.0</b>
<b>Cataterizzazione (%)</b>	<b>8.9</b>	<b>7.2</b>	<b>6.0</b>
<b>Contenzione fisica (%)</b>	<b>18.9</b>	<b>21.4</b>	<b>6.0</b>
<b>Incontinenza (BR) (%)</b>	<b>34.4</b>	<b>30.7</b>	<b>49.0</b>
<b>IVU (%)</b>	<b>3.2</b>	<b>6.1</b>	<b>9.0</b>
<b>Perdita di peso (%)</b>	<b>8.6</b>	<b>8.1</b>	<b>8.0</b>
<b>Dolore moderato-severo (%)</b>	<b>18.8</b>	<b>11.3</b>	<b>5.0</b>
<b>Lesioni da decubito (AR) (%)</b>	<b>11.6</b>	<b>20.6</b>	<b>13.0</b>
<b>Lesioni da decubito (BR) (%)</b>	<b>0.7</b>	<b>5.5</b>	<b>2.0</b>

*BR= basso rischio; AR= alto rischio*

*Per la spiegazione delle singole misure di qualità vedi nel testo*

Gentilmente concessa dal Prof. A Cherubini

# L'Anestesia informativa **sul dolore che accompagna il cammino verso la morte**



- ... Si dà per scontato che morte e dolore possano essere la naturale e quasi doverosa evoluzione della vecchiaia;
- quasi una liberazione dalla naturale sofferenza insita negli ultimi stadi della vita;
- per gli anziani, la morte ed il dolore sono spesso due facce della stessa medaglia.

# La morte in RSA



- **Dopo un sofferto periodo assistenziale,**
- **fatto di deleghe e deroghe da parte del nucleo familiare (quando c'è!),**
- **e di profonda solitudine ....**

# Alcuni interrogativi **peculiari**

Lo stesso stimolo doloroso provoca dolore “diverso” nei dementi?

Vi sono alterazioni biologiche dei centri del dolore nella demenza?

La perdita della memoria influisce nell'interpretazione del dolore?

Come si misura il dolore nel demente?

Il caregiver è in grado di comprendere il dolore del paziente demente e se sì, quale dolore, quello somatico o quello definito come discomfort psicologico?

**Da Luca Rozzini**

# Dare qualità alla vita nel cammino verso la morte ...



- **E' solo un sogno o può divenire realtà?**



# IL DOLORE in Geriatria

Sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un potenziale danno tissutale, o comunque definita come tale...**Il dolore** è sempre un'esperienza soggettiva. Sicuramente si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una **carica emozionale**.

*International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain 1979; 6: 249-52.*



La sofferenza esiste, non perché se ne possiede il concetto, ma perché talvolta ne sperimentiamo la condizione. Una volta vissuta, la sofferenza non può essere **dimenticata**, perché la nostra coscienza conserva anche quel che trapassa, e il tempo non ha la forza di abolire l'esperienza. Chi sta bene non si interroga mai sulle ragioni del proprio benessere, a differenza di chi soffre che è sempre alla ricerca delle ragioni del proprio soffrire.

*Salvatore Natoli*

*L'esperienza del dolore, Feltrinelli, 2002*

# Che cosa è il dolore ?

- **Spiacevole esperienza neuro sensoriale ed emozionale associata a danno tessutale reale o potenziale:**
  - **il dolore quindi non è una semplice percezione, ma una emozione,**
  - **il dolore è ciò che il paziente dice che sia ed esiste ogniqualvolta egli ne affermi l'esistenza (**attenzione al concetto ed al rispetto di *soglia del dolore***).**

# Fisiologia del dolore

## Tipo

## Esempio

## Meccanismo

Nocicettivo

Artrite, metastasi ossee,  
frattura

Attivazione  
nocicettori

Viscerale

Pancreatite, infarto

Attivazione  
nocicettori

Neuropatico

Herpes Zoster, nevralgia  
del trigemino,  
neuropatia diabetica

Scariche  
ectopiche,  
attività spontanea  
nervi

**Oxford Textbook of Palliative Medicine, 1998**

# Come si caratterizza il dolore ?

## DOLORE ACUTO

- **nocicettivo breve** con evidente rapporto causa effetto (d. post operatorio e traumatico, d. da coliche viscerali), da attivazione di recettori periferici. Risponde **bene** agli analgesici.

## DOLORE PERSISTENTE

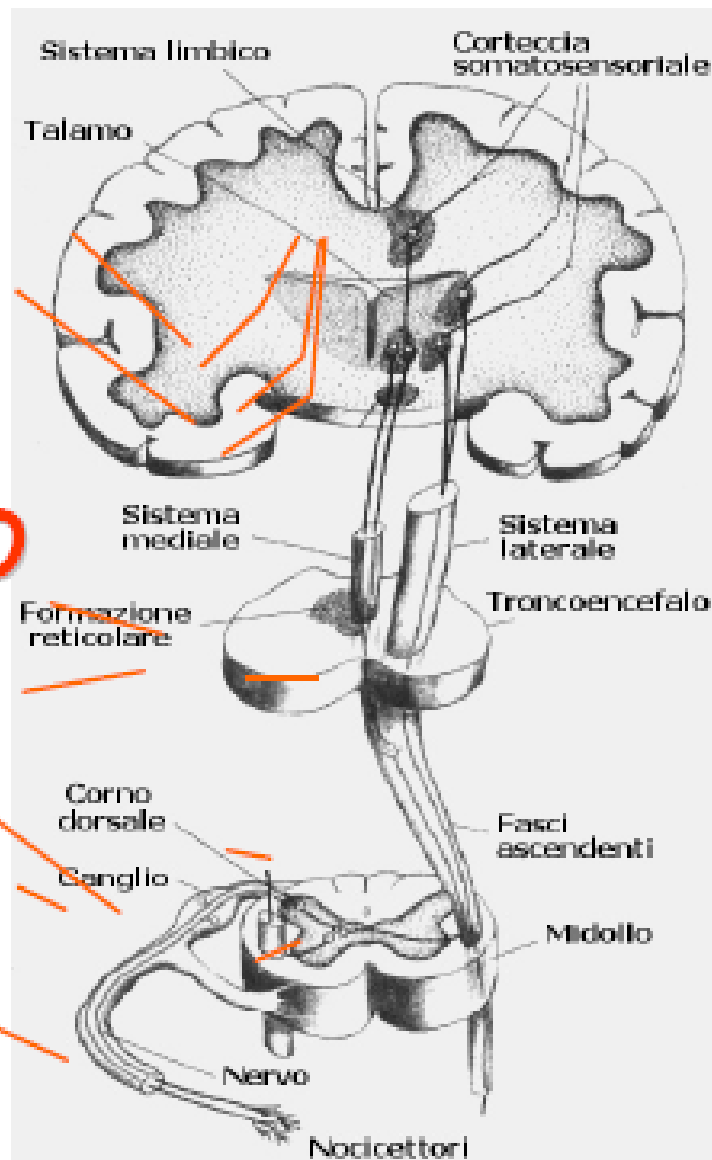
- **dovuto a permanenza di stimolo nocicettivo** (coxartrosi, dolore neoplastico). Risponde **bene** agli analgesici.

## DOLORE CRONICO

- **che persiste dopo che si è risolta la causa.** Il trauma può superare la capacità di riparazione per esiti di trauma o per interessamento del SNC. Risponde **poco** agli analgesici.

# SISTEMA NOCICETTIVO

DREZ



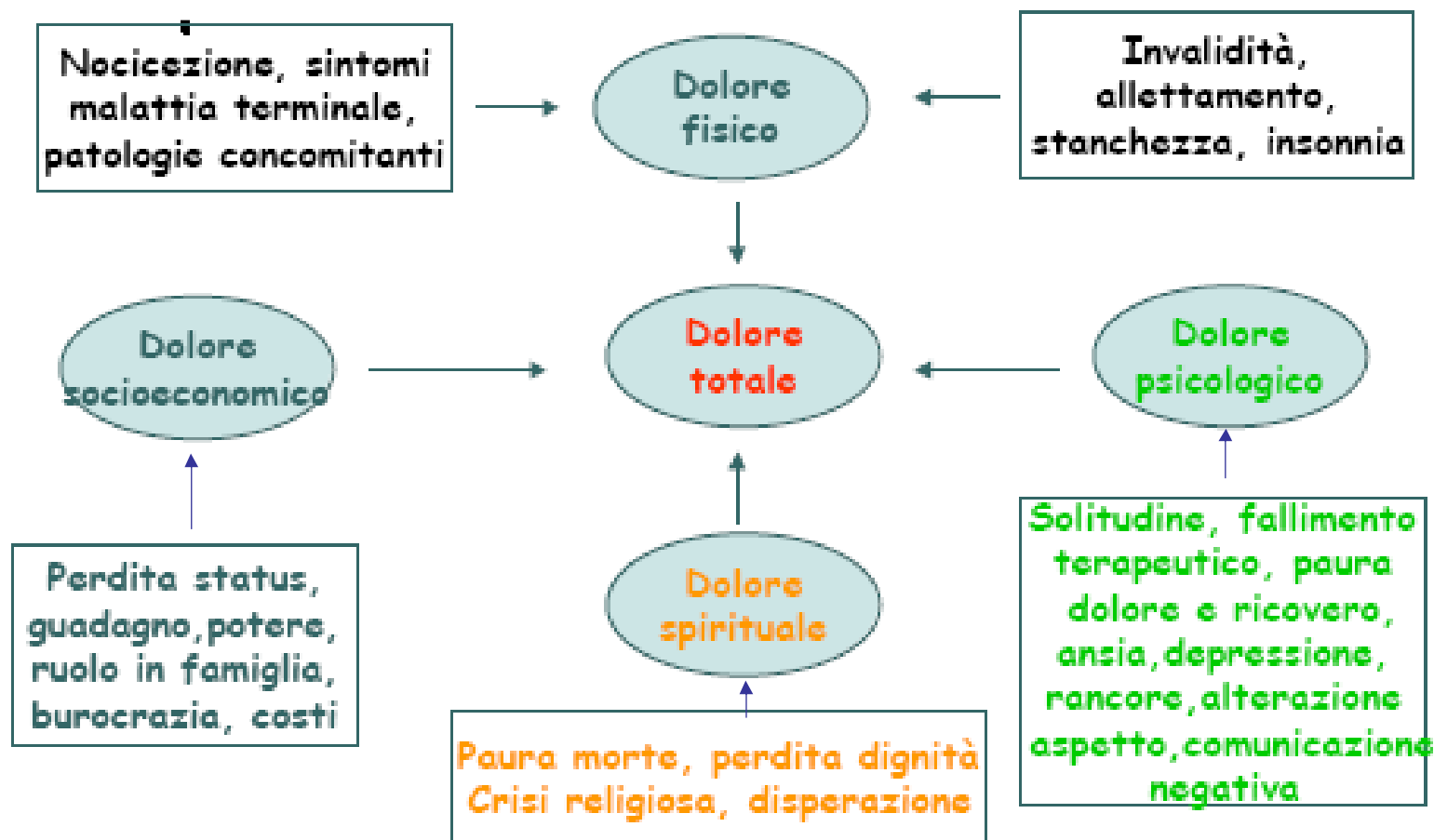
4°n.

3°n.

2°n.

1°n.

# DOLORE TOTALE ...



**... Il dolore, definito il “quinto segno vitale”, deve essere routinariamente valutato al pari della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della temperatura corporea e del respiro. ...**

*JAMA, 1999;281(11):978*

## LE NUOVE FORME DI DOLORE:

la Barbie della terza età!

... Il *dolore psicologico del disadattamento* dello stare dentro un corpo che non si sente più come proprio ...



“un’esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad attuale o potenziale danno a carico di un organo”

**“5° SEGNO VITALE”**

**... il dolore dell’abbandono ...**





## **... Il dolore nel non poter ricordare ...**

**Un vecchio che perde i ricordi è come una biblioteca preziosa che brucia ...**

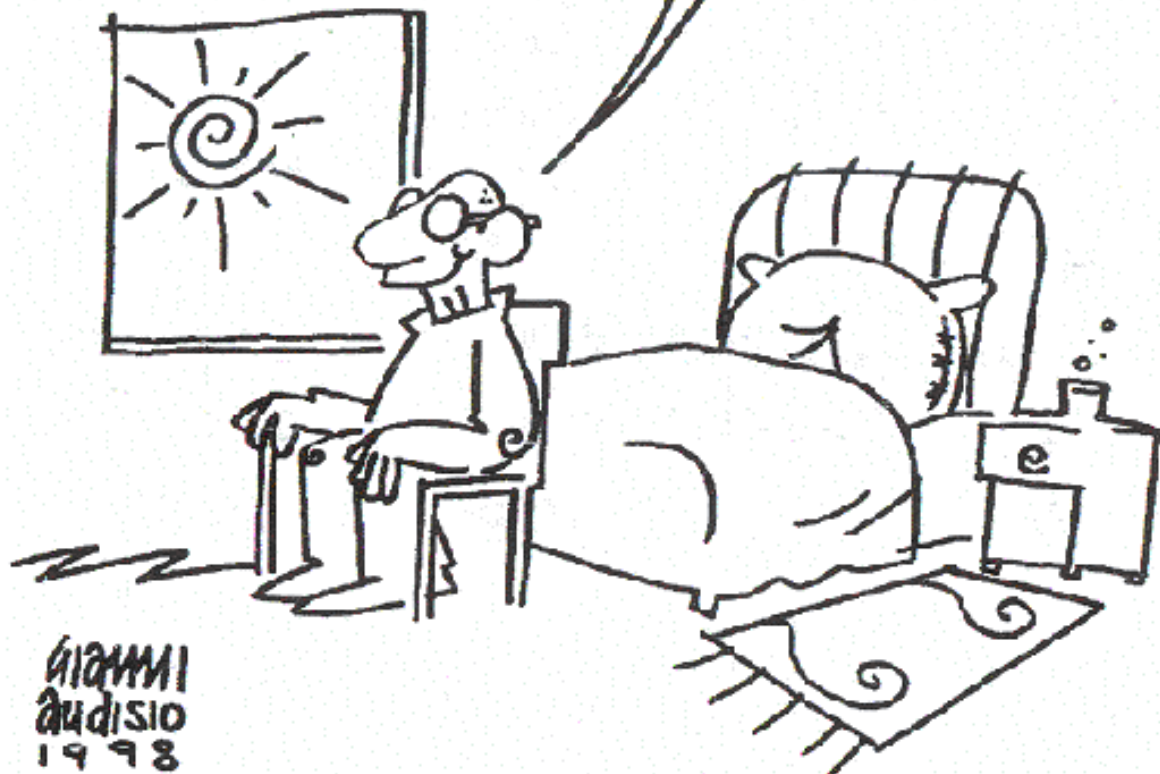
**L. Sengore**



- Il dolore è un problema frequente in RSA: gli studi di prevalenza riferiscono percentuali di sintomatologia dolorosa del 49%
- Spesso il problema non viene adeguatamente riconosciuto e trattato; le terapie utilizzate sono spesso inconsistenti o non mirate.
- Il dolore cronico non è una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento; la vecchiaia non aumenta la tolleranza al dolore, né diminuisce la sensibilità al dolore
- Il dolore può associarsi con disturbi dell'umore (depressione, ansia, disturbi del sonno) che incidono pesantemente sulla qualità di vita

R.S.A-R.A.F.

QUI NON PERDO MAI  
IL SORRISO, AL MASSIMO  
LO DIMENTICO SUL  
COMODINO...



GIAMMI  
AUDISIO  
1998

# **IL DOLORE in Geriatria: il rischio dell' *UNDERTREATMENT***

**Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology.**

J Am Geriatr Soc. 1999 Aug;47(8):936-42.

**Won A, Lapane K, Gambassi G, Bernabei R, Mor V, Lipsitz LA**

---

Even when pain was recognized, men, racial minorities, and **cognitively impaired residents were at increased risk for undertreatment.**

# **Falsi miti e pregiudizi**

**Gli ospiti delle case di riposo dicono di avere dolore per attirare l'attenzione**

**Riferire dolore è un segno di debolezza personale**

**Soffrire di dolore cronico significa che la morte è vicina**

**Il dolore cronico indica sempre la presenza di una malattia grave**

**Riferire dolore significa essere sottoposti ad esami diagnostici invasivi e dolorosi**

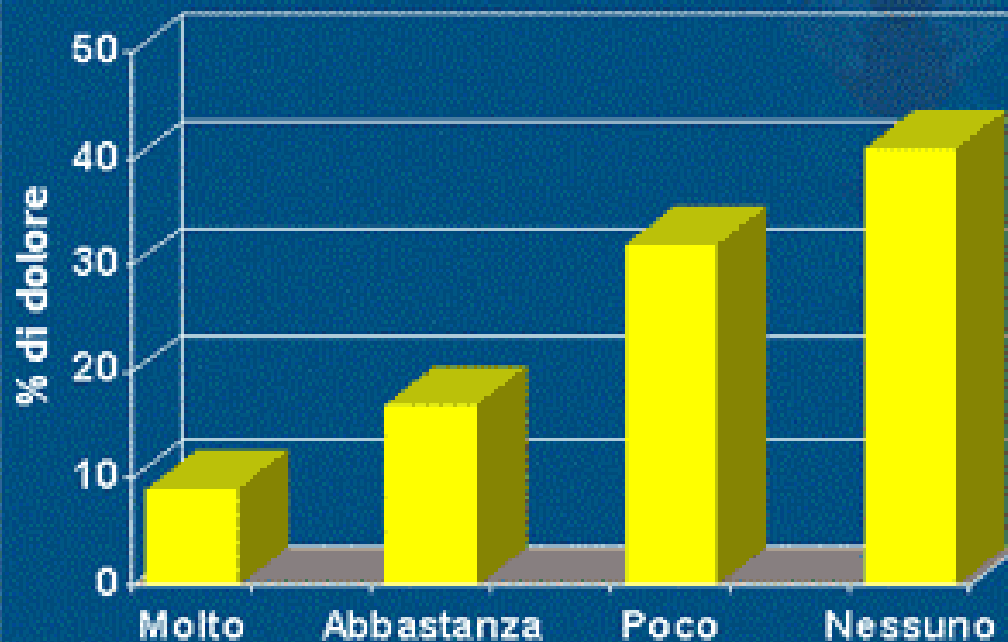
**Riferire dolore significa perdere l'autosufficienza**

**E' più frequente per gli anziani sviluppare dipendenza dai farmaci**

# Dolore ... e solitudine



**Correlazione tra il tempo impiegato in attività e la presenza di dolore**



*Personal data*

**... nonostante i nostri acciacchi, se possiamo muoverci, andiamo a teatro!!!**



# **Il dolore in RSA**

## **Condizioni associate con la presenza di dolore**

- ✓ **artrosi, artrite e patologie degenerative ossee**
- ✓ **problemi gastrointestinali**
- ✓ **fibromialgie**
- ✓ **vasculopatie periferiche**
- ✓ **post stroke syndrome**
- ✓ **lesioni cutanee anche da pressione**
- ✓ **posture scorrette**
- ✓ **compressioni nervose periferiche**

# Conseguenze del dolore non trattato

- Depressione
- Disturbi del sonno
- Disturbi comportamentali
- Anoressia, perdita di peso
- S. ipocinetica
- Aumentato rischio di caduta

# IL DOLORE E LA DEMENZA

- **NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER, LE AREE SOMATICO-SENSITIVE CORTICALI SONO PRESERVATE.**
- **NEL PAZIENTE ALZHEIMER, E' CONSERVATA LA CAPACITA' DI PERCEPIRE STIMOLI DOLOROSI ACUTI.**

*Alzheimer patients report less pain intensity and pain effect than non-demented elderly. Scherder B, Bouma A, Borkent M et al. Psychiatry 1999; 62: 265-72.*

BATTISTA, NON MI RICORDO  
IL NOME DI QUEL TEDESCO  
CHE MI HA FATTO PERDERE  
LA TESTA ...

ALZHEIMER  
SIGNORA.





## Recent developments in pain in dementia

Erik Scherder, Joukje Oosterman, Dick Swaab, Keela Herr, Marcel Ooms, Miel Ribbe, Joseph Sergeant, Gisele Pickering and Fabrizio Benedetti

BMJ 2005;330:461-464  
doi:10.1136/bmj.330.7489.461

**L'invecchiamento è associato ad una alta percentuale di sviluppo di condizioni morbose e quindi dolorose.**

**Il numero di pazienti con demenza che sperimenterà condizioni dolorose è perciò destinato ad aumentare.**

**Una domanda chiave: come e se i pazienti con demenza percepiscono il dolore?**

**Pazienti con demenza possono esprimere il loro dolore in modi che sono piuttosto diversi da quelli di persone anziane senza demenza, in particolare nelle fasi più avanzate della malattia. Perciò la complessità e l'inadeguatezza dei sistemi di rilevazione del dolore porta inevitabilmente all'undertreatment del dolore stesso.**

## Palliative Medicine in the Elderly

James F. Cleary, M.B., B.S., F.R.A.C.P.<sup>13</sup>  
Paul P. Carbone, M.D., D.Sc. (Hon)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Palliative Medicine Program, Department of Medicine, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin.

<sup>2</sup> University of Wisconsin Comprehensive Cancer Center, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin.

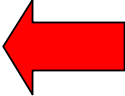
Cancer is primarily a disease of the elderly and the palliation of both disease- and treatment-related symptoms is of importance in the practice of cancer medicine in all patients. Many older patients are treated within community hospitals, in which anticancer therapies are less likely to be given and in which the palliation of symptoms should be of primary importance. Many oncologists struggle with the palliation of symptoms in patients who are near the end of life. This is despite the considerable energies that are spent in palliating symptoms in patients who are receiving anticancer therapies at all disease stages. The management of pain has advanced considerably recently with improvements in pain assessment and pharmacologic interventions. However, elderly patients are less likely than younger patients to receive proper pain management. Elderly patients also are less likely to take opioids for pain because of their attitudes and beliefs. Fatigue, dyspnea, and psychologic issues also are of importance in the management of elderly cancer patients both during anticancer therapy and near the time of death. Some elderly cancer patients die in the care of a hospice, although many are not referred to this service. There are many barriers to the provision of palliative medicine and these may be related to health practitioners, to the patients themselves, or to the health care system of which they are part. The increased educational efforts of health professionals are needed to ensure that all patients, including the elderly, have adequate palliation of their cancer-related symptoms. *Cancer* 1997;80:1335 ± 47. q 1997 American Cancer Society.

**KEYWORDS:** palliative medicine, symptom management, pain, fatigue, dyspnea, hospice, death, cancer.

# Behavioral Manifestations of Pain in the Demented Elderly

*Daisha J. Cipher, PhD, P. Andrew Clifford, PhD, and Kristi D. Roper, PhD*

I risultati suggeriscono che il dolore influenza più spesso disturbi comportamentali nei pazienti con decadimento cognitivo di grado severo rispetto a quelli di grado moderato.

residenti con dolore cronico con demenza di grado severo hanno più disturbi del comportamento rispetto a pz con demenza di grado moderato. 

Questi risultati sono a sostegno dell'utilità di analisi comportamentali che considerino stime cliniche di intensità, frequenza e durata di tali comportamenti unitamente alla misura del grado di decadimento cognitivo.

Inoltre, i risultati implicano che il dolore e le altre forme di sofferenza fisica devono essere trattate adeguatamente per ridurre disturbi comportamentali e migliorare la qualità della vita.

*(J Am Med Dir Assoc 2006; 7: 355–365)*

# **AFFRONTARE IL DOLORE IN RSA**

## **Riconoscimento ed utilizzo di strumenti**

- **MDS (JAGS 2003 vol 51) contiene alcuni possibili indicatori di dolore (ad es. lesioni della pelle, disturbi del sonno, perdita di funzione, ecc.)**
- **scale di autosomministrazione per persone cognitivamente integre (VAS, NAS)**
- **scale osservazionali per persone con decadimento Cognitivo (PAINAD; NOPPAIN, ecc.)**

# AFFRONTARE IL DOLORE IN RSA

## ASSESSMENT

### “PQRST”

- **P**rovocative/palliative factors (es: position, activity, ecc)
- **Q**uality (aching, throbbing, stabbing, burning, ecc)
- **R**egion (es: focal, multifocal, generalized, deep, superficial, ecc)
- **S**everity (es: average, least, worst, ecc)
- **T**emporal features (es: onset, duration, course, daily pattern, ecc)

# **IL GERIATRA NEI CONFRONTI DEL DOLORE**

- **LA VIA OSSERVAZIONALE:**

**L'ATTENZIONE AI SEGNI, AI SINTOMI E AI  
“PAIN BEHAVIOURS”;**

- **LA VIA VALUTATIVA:**

**LE SCALE - VRS (Verbal Rating Scale), VAS (Visual Analogue Scale), Brief Pain Inventory, PAINAD (Pain Assessment In Advanced Dementia), Abbey Scale, NOPPAIN (NON communicative Patient's Pain Assessment Instrument)**

# Quali i “must” per questo problema?

- ✓ **Riconoscimento**
- ✓ **Valutazione (scale)**
- ✓ **Sensibilità del personale medico e dei professionals al problema**
- ✓ **Trattamento**
- ✓ **Monitoraggio**
- ✓ **Verifiche periodiche**

# Prevalence of pain in nursing home residents with different cognitive and communicative abilities.

Leong IY, Nuo TH.

**Obiettivi:** determinare la prevalenza di dolore e del relativo effetto fra i residenti delle case di cura con differenti abilità di comunicazione e a diversi livelli di decadimento cognitivo.

**Partecipanti:** residenti di 65 anni e oltre, senza un recente cambiamento nello stato cognitivo.

**Assessment:** i self-report sono stati ottenuti per quanto possibile. La severità del dolore è stata misurata con la **PAINAD** fra i pz non comunicativi. I residenti inoltre sono stati valutati con la **GDS** (short-form), **Cornell Scale** per la depressione nella demenza, **Spielberger State-Trait Anxiety Inventory** e con la **Human Activities Profile**.

**Risultati:** la prevalenza di dolore non è stata differente tra il pz comunicativo con normale stato cognitivo (48.7%), quello con decadimento cognitivo di grado moderato (46.5%), o severamente compromesso (49.2%). Tuttavia gli ultimi 2 gruppi hanno segnalato più spesso e costantemente il dolore acuto rispetto a quello con stato cognitivo normale (7.9% - 14.1% vs 2.5%).

I pz con alterazione dello stato cognitivo hanno riportato più frequentemente dolore, di grado più severo ed a differente localizzazione. ?

Indipendentemente dallo stato cognitivo, 73.3% - 100%, i residenti hanno avuto significativi miglioramenti nei punteggi sulle misure di ansia e di depressione quando hanno segnalato la riduzione del dolore. La riduzione dell'attività del dolore è stata associata ad un miglior punteggio del profilo delle attività. 16 di 36 residenti non comunicativi hanno avuto ottenuto una miglioramento nel punteggio alla PAINAD ed almeno 12 di loro hanno avuto modificazione significativa dell'umore.

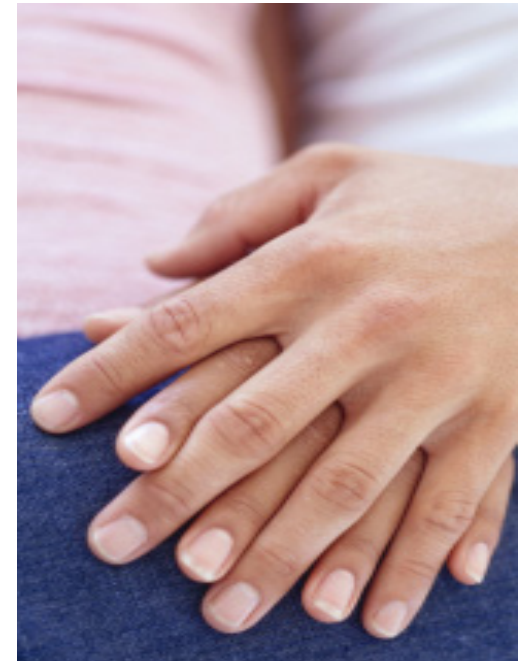


**CONCLUSIONI:** lo stato cognitivo non ha effetto sulla prevalenza di dolore tuttavia interessa la cronicità e le caratteristiche del dolore riportato. Il self-report del dolore relativo alla partecipazione della componente emotiva (umore) è associato ad un significativo miglioramento nei punteggi di umore.

**E' un problema di caring ... di attenzioni**

**di quel *mondo delle carezze* che alcuni**

**auspicano ... del touch ...**



# Scala analgesica per il trattamento del dolore oncologico OMS, 1990



# Pain Treatment Continuum

## NEUROABLATION

Cordotomy, DREZ, etc.

## NEUROMODULATION

ELECTRICAL STIMULATION

SPINAL ANALGESIA

## STRONG OPIOID MEDICATIONS

Morphine, Oxycodone, Fentanyl, etc.

## WEAK OPIOID MEDICATIONS

Codeine, Propoxyphene, etc.

## BEHAVIORAL THERAPY

Hypnosis, biofeedback, counseling, etc.

## ADJUVANT MEDICATIONS

Antiepileptics, Antidepressants, etc.

## PHYSICAL/OCCUPATIONAL

THERAPY

## OVER-THE-COUNTER DRUGS

NSAIDs

## EXERCISE

*DREZ, dorsal root entry zone*



# BARRIERE ALL' USO DEGLI OPPIOIDI

- Scarsa informazione del pubblico
- Ignoranza degli operatori
- Limiti legislativi
- Timori degli effetti collaterali



# Start low, go slow

- Pharmacokinetic considerations
- Pharmacodynamic considerations
- Concomitant medications



---

# **NOPPAIN: A Nursing Assistant-Administered Pain Assessment Instrument for Use in Dementia**

A. Lynn Snow<sup>a-d</sup> Jan B. Weber<sup>d</sup> Kimberly J. O'Malley<sup>a,c</sup> Marisue Cody<sup>e,f</sup>  
Cornelia Beck<sup>e</sup> Eduardo Bruera<sup>g</sup> Carol Ashton<sup>a,c</sup> Mark E. Kunik<sup>a-c</sup>



## Perception, Assessment, Treatment, and Management of Pain in the Elderly

Robert L. Barkin, PharmD, MBA, DAPM, FCP, NHA<sup>a,b,\*</sup>,  
Stacy J. Barkin, MA, MED, PsyD Candidate<sup>c</sup>,  
Diana S. Barkin, AB<sup>d</sup>

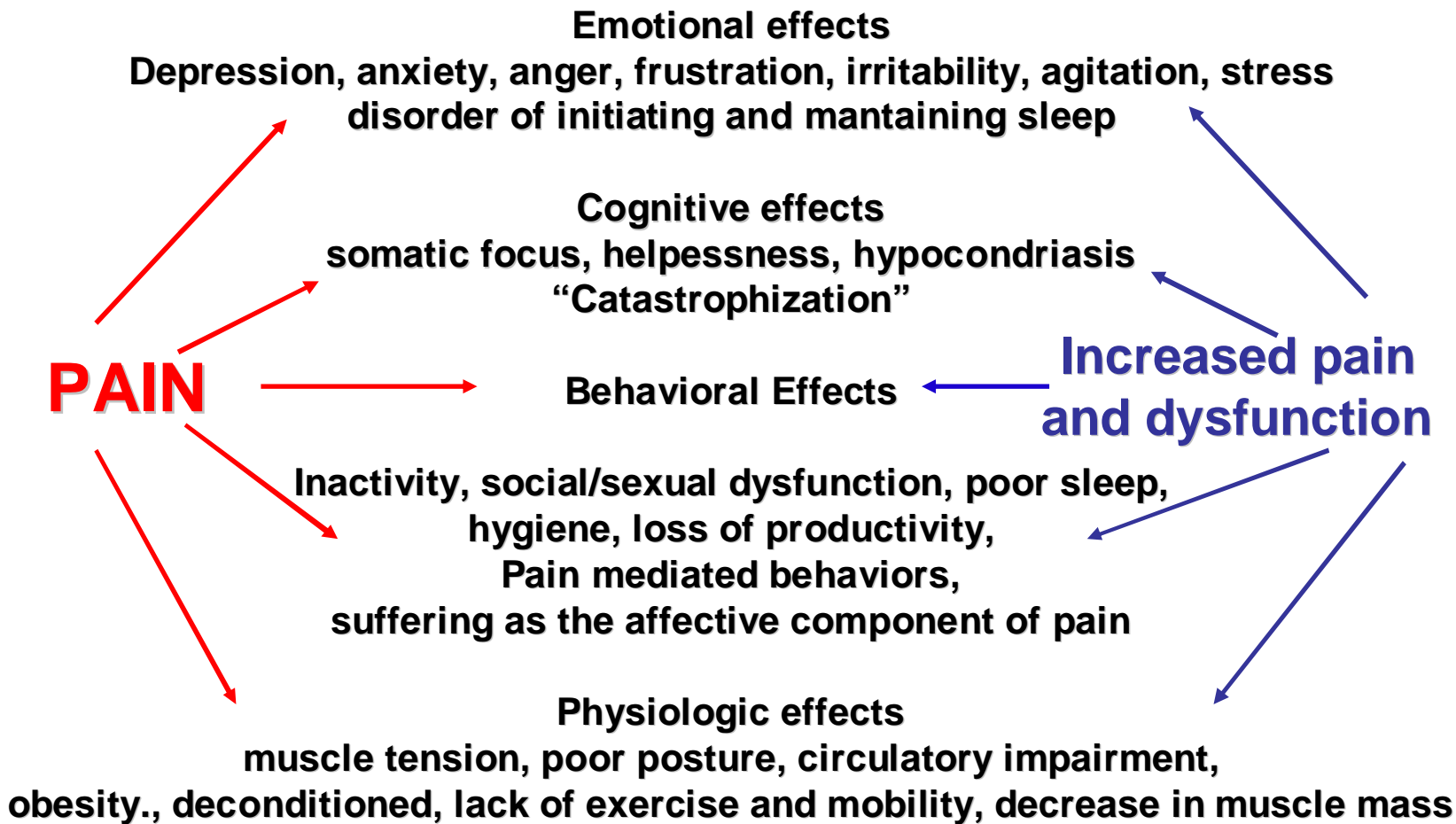


Fig. 1: Emotional, cognitive behavior and psychologic effects manifested concurrently with increased pain and dysfunction.

Research article

Open Access

## **Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools**

Sandra MG Zwakhalen\*<sup>1</sup>, Jan PH Hamers<sup>1</sup>, Huda Huijjer Abu-Saad<sup>2</sup> and Martijn PF Berger<sup>3</sup>

Address: <sup>1</sup>Department of Health Care Studies, Section of Nursing Science, Universiteit Maastricht, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands, <sup>2</sup>School of nursing Faculty of Medicine, American University of Beirut, P.O.Box 11-0236, Riad El-Solh / Beirut 1107 2020, Lebanon and <sup>3</sup>Department of Methodology and Statistics, Universiteit Maastricht, The Netherlands

Email: Sandra MG Zwakhalen\* - [s.zwakhalen@zw.unimaas.nl](mailto:s.zwakhalen@zw.unimaas.nl); Jan PH Hamers - [jph.hamers@zw.unimaas.nl](mailto:jph.hamers@zw.unimaas.nl); Huda Huijjer Abu-Saad - [huda.huijjer@aub.edu.lb](mailto:huda.huijjer@aub.edu.lb); Martijn PF Berger - [Martijn.Berger@STAT.unimaas.nl](mailto:Martijn.Berger@STAT.unimaas.nl)

\* Corresponding author

Published: 27 January 2006

Received: 26 July 2005

BMC Geriatrics 2006, 6:3 doi:10.1186/1471-2318-6-3

Accepted: 27 January 2006

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3>

**In recent years, there has been growing interest in pain among cognitively impaired elderly people, which is illustrated by the fact that more than half of the 12 scales included in this review were published after 2002.**

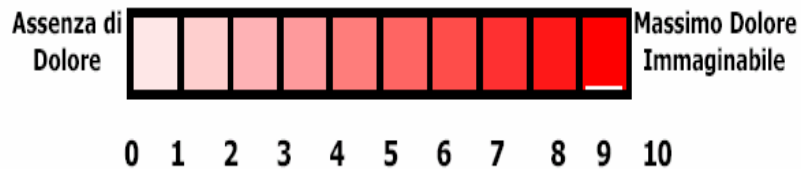
# Le SCALE:

Wary B, collectif Doloplus:

**Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur.**

*Soins Gériatriologie* 1999, **19:25-27.**

## Numerical Rating Scale (NRS)

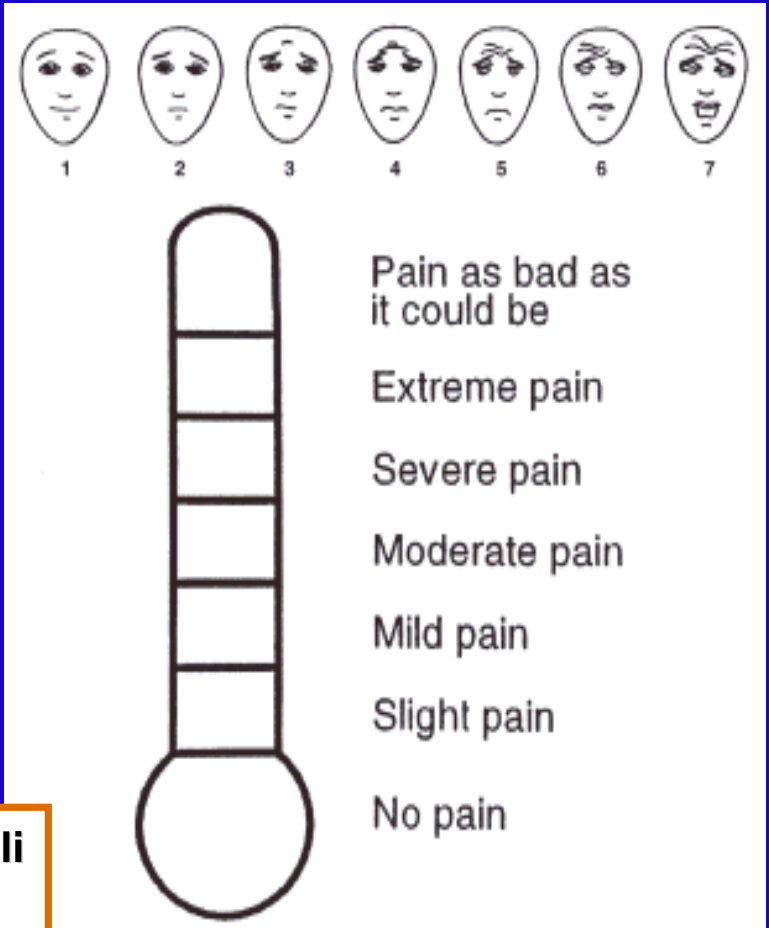


e le altre caratteristiche del dolore (sede, frequenza, durata, ecc)

.....in modo simile a quanto deve esser fatto in pazienti più giovani

**Le scale di valutazione multidimensionali o autodescrittive**

## Scale visuo-analogiche, "termometri" o le "facce" del dolore



## Appendix

### NOPPAIN

#### (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument Activity Chart Check List


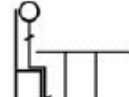






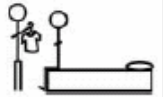
Name of Evaluator \_\_\_\_\_

Name of Resident: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

**DIRECTIONS:** Nursing assistant should complete at least 5 minutes of daily care activities for the resident while observing for pain behaviors. Both pages of this form should be completed immediately following care activities

		Did you do this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No			Did you do this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(f) Fed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(b) Turned resident in bed		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(g) Helped resident stand OR saw resident stand		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(h) Helped resident walk OR saw resident walk		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(d) Sat resident up (bed or chair) OR saw resident sitting		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(i) Bathed resident OR gave resident sponge bath		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(e) Dressed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<b>ASK THE PATIENT: Are you in pain?</b> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <b>ASK THE PATIENT: Do you hurt?</b> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			

## Pain Response (What did you see and hear during care?)

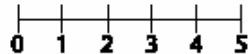
### Pain Words?

- "That hurts!"
- "Ouch!"
- Cursing
- "Stop that!"



YES  NO

How intense were the pain words?



Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity

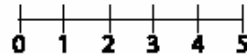
### Pain Faces?

- grimaces
- winces
- furrowed brow



YES  NO

How intense were the pain faces?



Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity

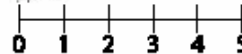
### Bracing?

- rigidity
- holding
- guarding (especially during movement)



YES  NO

How intense was the bracing?



Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity

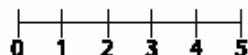
### Pain Noises?

- moans
- groans
- grunts
- cries
- gasps
- sighs



YES  NO

How intense were the pain noises?



Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity

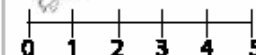
### Rubbing?

- massaging affected area



YES  NO

How intense was the rubbing?



Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity

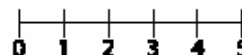
### Restlessness?

- frequent shifting
- rocking
- inability to stay still



YES  NO

How intense was the restlessness?



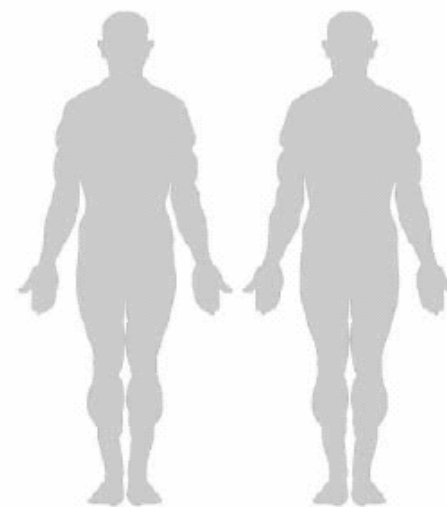
Lowest Possible Intensity      Highest Possible Intensity

## Locate Problem Areas

Please "X" the site of any pain  
Please "O" the site of any skin problems

FRONT

BACK



Appendix (continued)

---

## **NOPPAIN**

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)

### **Activity Chart Check List**

Name of Evaluator \_\_\_\_\_

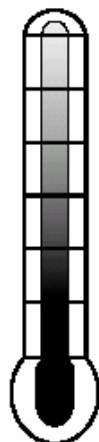
Name of Resident: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

---

Rate the resident's pain at the highest level you saw it at during care. (circle your answer)



**Pain is almost unbearable**

**Very bad pain**

**Quite bad pain**

**Moderate pain**

**Little pain**

**No pain**

---

A U.S. Veterans Affairs METRIC(TM) Instrument. Snow, O'Malley, Kunik, Cody, Bruera, Beck, Ashton. Alteration of this instrument is prohibited. This instrument can be copied and distributed free of charge for clinical or scholarly use. Development was supported by VA HSR&D and NIMH. Contact Dr. Snow at [asnow@bcm.tmc.edu](mailto:asnow@bcm.tmc.edu)

# RSA della Provincia di Cremona partecipanti allo studio

- RSA Cingia
- RSA Crema
- RSA Pontevico
- RSA Robecco
- RSA Sospiro
- RSA Soresina
- RSA Vismara de Petri
- RSA Busi di Casalmaggiore
- RSA Cremona



# Studio di affidabilità e validazione

- Affidabilità *test-retest*, *inter-rater*
- Consistenza interna
- Validità di criterio
  - NOPPAIN vs. DOLOPLUS2
- Validità discriminante: BARS

# **Dolore e BPSD in dementi gravi in RSA**

**Indagare la capacità di rilevazione da parte degli operatori e di terapia**

**Materiali e Metodi: 100 pazienti ...  
punteggio medio al MMSE di 4,  
rilevazione quotidiana per 4 settimane e  
follow up a 100 giorni a sorpresa ... per valutare  
apprendimento della metodologia ed implementazione  
della rilevazione e del trattamento. ...**

*Noro G, Franzoni S, Trabucchi M  
"Spes" RSA Trento submitted*

## **Validation of the Comprehensive ICF Core Set for chronic widespread pain from the perspective of physicians**

Andrea Fritz (Project coordinator) and Dr. Inge Kirchberger, MPH ,  
(Project director)

ICF-Research Branch of the WHO CC FIC at the Department of  
Physical Medicine and Rehabilitation of the University of Munich.

Director: Prof. Dr. G. Stucki

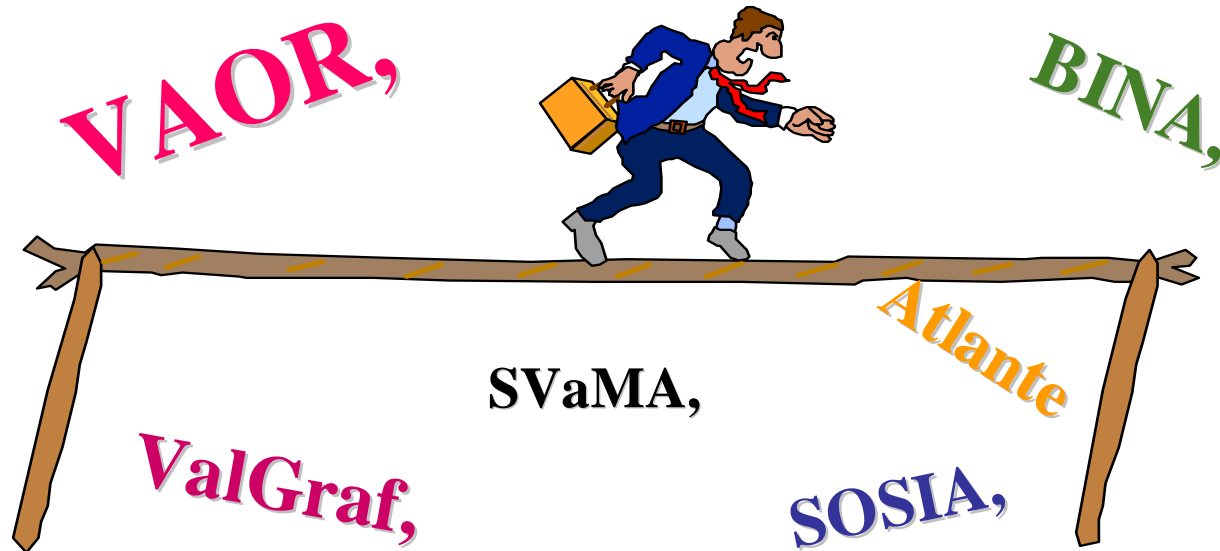


## **International Society of Physical and Rehabilitation Medicine**

The Result of the Merger and Integration of IRMA and IFPMR

## **NEWS & VIEWS – October 2007**

# La Valutazione MultiDimensionale in Geriatria, il “vero” fonendoscopio del Geriatra ???...:



**eccetera, eccetera, eccetera, ...**

*Alberto Cester*

*Alberto Cester  
ringrazia per l'attenzione*



"You gotta be kidding! Your back still hurts?!"

## **“LA CURA NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA”**

**Gruppo di  
studio SIGG**

