

 IRCCS “GIANNINA GASLINI”	<i>DOLORE ACUTO:</i> <i>DIAGNOSI e TRATTAMENTO</i> Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
---	--	---

Indice
1. Scopo e campo di applicazione 2. Riferimenti 3. Definizioni e acronimi 4. Responsabilità 5. Modalità operative 5.1 Valutazione del dolore 5.1.1 Come valutare il dolore 5.1.2 Quando valutare il dolore 5.2 Trattamento del dolore acuto 5.2.1 Considerazioni generali 5.2.2 Trattamento farmacologico: linee guida 5.2.3 Effetti collaterali degli analgesici e loro trattamento 5.2.4 Rivalutazione del dolore e degli effetti collaterali da analgesici 5.2.5 Prosecuzione e sospensione dell'analgesia 6. Indicatori di processo/attività 7. Archiviazione 8. Iconografia - Figura 1. Come valutare il dolore (algoritmo) - Figura 2. Quando valutare il dolore (algoritmo) - Figura 3. La via di somministrazione più appropriata - Figura 4. La scala degli analgesici secondo l'OMS - Figura 5. Come trattare il dolore (algoritmo) - Figura 6. Rivalutazione del dolore(algoritmo)

 IRCCS “GIANNINA GASLINI”	<i>DOLORE ACUTO:</i> <i>DIAGNOSI e TRATTAMENTO</i> Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
---	--	--

Revisione	Data	Redatta da	Approvata dal
0	Giugno 2007	U.O. Emato-oncologia Pediatria U.O. Anestesia e Rianimazione	Direzione Sanitaria Comitato Ospedale Senza Dolore
1	31/08/2010	U.O. Emato-oncologia Pediatria U.O. Anestesia e Rianimazione	Direzione Sanitaria Comitato Ospedale Senza Dolore
2	30/11/2013	UOSD Anestesia in chirurgia e nelle specialità chirurgiche e terapia del dolore acuto e procedurale	Direzione Sanitaria Comitato Ospedale Senza Dolore

1. Scopo e campo d'applicazione

Scopo del presente documento è stabilire le procedure per una corretta gestione del dolore nei pazienti afferenti al nostro Istituto tramite accesso in Pronto Soccorso/ricovero ospedaliero (in regime ordinario o di day-hospital/surgery).

Questo obiettivo viene raggiunto attraverso la definizione delle seguenti procedure:

- valutazione del dolore
- trattamento farmacologico del dolore acuto
- rivalutazione del dolore a intervalli regolari
- valutazione e trattamento farmacologico degli effetti collaterali degli analgesici
- documentazione del dolore, degli effetti collaterali degli analgesici e del trattamento eseguito

2. Riferimenti

1. www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0004/269185/003542.pdf. The recognition and assessment of acute pain in children: update of full guidelines. Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London, September 2009
2. www.ampainsoc.org/advocacy/pediatric2.htm The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children, and Adolescents, 2001

 IRCCS “GIANNINA GASLINI”	DOLORE ACUTO: DIAGNOSI e TRATTAMENTO Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
---	--	--

3. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/108/3/793> American Academy of Pediatrics. The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children and Adolescents. Pediatrics 2001; 108:793-7
4. Berry PH, Katz JA, Covington EC, Dahl JL, Miaskowski C “Pain: Current Assessment, Management and Treatments”, sponsored by the American Pain Society, 2008. (Il documento è presente in PDF su Intranet)
5. Massone ML, Manfredini L et al. Riconoscere il dolore nel bambino. Valutazione del dolore e principi di trattamento. Corso aziendale 2008-2010. Edizioni Gaslini.
6. WHO. Cancer Pain Relief and Palliative Care. WHO 1211 Geneva 27 CH 1998

3. Definizioni e acronimi

PCA/PNCA

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

FANS: Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei

4. Responsabilità

	Valutazione del dolore	Trattamento farmacologico del dolore	Valutazione degli effetti collaterali degli analgesici	Trattamento farmacologico degli effetti collaterali degli analgesici	Documentazione del percorso diagnostico-terapeutico
Medico	✓	prescrizione	✓	prescrizione	✓
Infermiera	✓	somministrazione	✓	somministrazione	✓

5. Modalità operative

5.1 VALUTAZIONE DEL DOLORE

Il dolore è un sintomo di malattia molto frequente e come tale riveste un fondamentale significato di allarme. Sede, qualità, intensità e caratteri temporali del dolore sono importanti parametri clinici, dato che comparsa e modificazioni del dolore orientano nella diagnosi eziologica, accompagnano le modificazioni dei processi di malattia, guidano nell’approccio terapeutico analgesico (scelta della classe di farmaco o dell’associazione farmacologica più efficace).

 IRCCS "GIANNINA GASLINI"	DOLORE ACUTO: DIAGNOSI e TRATTAMENTO Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	
---	---	---

5.1.1 Come valutare il dolore

La valutazione del dolore si basa su:

raccolta dei dati anamnestici raccolta dei dati anamnestici dai genitori e/o dal bambino, se collaborante, circa la sede e l'eventuale irradiazione del dolore, la sua tipologia (crampi-forme, urente, trafittivo) e intensità, l'evoluzione temporale, l'influenza sulla qualità di vita del bambino (ingerenze sul gioco, sulla frequenza scolastica). Molto importante è la raccolta dell'anamnesi farmacologica (risposta agli analgesici somministrati precedentemente e eventuali controindicazioni all'assunzione di particolari farmaci);

- **accurato esame obiettivo** sia a riposo che durante l'attività fisica, basato sull'osservazione dell'espressione del viso, della mimica facciale e della motilità spontanea, sulla valutazione del tono muscolare, della postura, di posizioni antalgiche eventualmente presenti e reazioni alla mobilizzazione passiva (lamenti, rigidità, smorfie);
- **misurazione del dolore** tramite apposite scale a punteggio, secondo la procedura di riferimento (*Documenti: "Scale di misurazione del dolore in pediatria", "Regolo del dolore"*);

accertamenti tramite indagini di laboratorio e strumentali

Gli operatori sanitari devono essere consapevoli che nel bambino, il dolore non trattato che persiste nel tempo può evolvere nel dolore protratto, che ha la sua manifestazione più drammatica nel quadro dell'atonia psicomotoria.

La valutazione del dolore deve essere ripetuta e continuativa, sia perché i fenomeni patologici associati al dolore si modificano nel tempo, sia per verificare l'efficacia delle cure.

Il medico e l'infermiera sono responsabili della valutazione del dolore e della sua registrazione nell'apposita sezione nella cartella clinica del paziente. In caso di rilevazione che depone per presenza di dolore, l'infermiera informa il medico di reparto, che a sua volta è tenuto a dare le relative disposizioni, secondo quanto previsto dagli specifici protocolli di cura.

In accordo con la letteratura internazionale, si sono definiti punteggi propri per ogni scala, che definiscono differenti intensità di dolore: assente, lieve, moderato, grave (Figura 1).

Per quanto riguarda i tipi di dolore e le loro caratteristiche principali, vedi voce bibliografica 4 e il documento Pain 2008,

5.1.2 Quando valutare il dolore (Figura 2)

Nell'inquadramento di accoglienza del paziente presso il nostro Istituto (accesso in Pronto Soccorso, ricovero ordinario, day hospital/surgery, ambulatorio) deve essere compresa un'accurata valutazione del dolore da parte del personale sanitario.

- In tutti i pazienti ricoverati, indipendentemente dalla malattia di base, dalle condizioni cliniche e dal reparto di degenza, deve essere eseguita la valutazione del dolore, da ripetere almeno **1 volta ogni 24 ore** nell'arco di ciascuna giornata di ricovero.

 IRCCS "GIANNINA GASLINI"	DOLORE ACUTO: DIAGNOSI e TRATTAMENTO Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	
---	--	---

- 1) La valutazione del dolore deve essere eseguita almeno **una volta per turno (ogni 8 ore)** nei seguenti casi:
 - dopo procedure invasive che si accompagnano a dolore, esclusi interventi chirurgici (vedi indicazioni specifiche);
 - quando è in corso una terapia analgesica;
 - quando sono presenti cause riconoscibili di dolore (es. gravi infezioni, lesioni traumatiche, ustioni, presenza di drenaggio toracico).

L'inizio dello schema di valutazione ogni 8 ore coincide con l'inizio della terapia antalgica o con il termine della procedura invasiva. Quando termina la causa del dolore, se il dolore risulta assente in 3 successive valutazioni a distanza di 8 ore, si può tornare alla valutazione ogni 24 ore. La valutazione del dolore va sempre ripetuta prima della dimissione dal reparto.

- 2) In caso di pazienti sottoposti a intervento chirurgico, la valutazione del dolore deve essere eseguita **una volta ogni 4 ore per le prime 48 ore** dopo l'intervento e successivamente una volta per turno. La valutazione del dolore va sempre ripetuta prima della dimissione dal reparto.
- 3) In caso di pazienti sottoposti a terapia antalgica con tecniche sofisticate (morfina in PCA/PNCA, epidurale continua/continua + boli, blocco perinervoso continuo), la valutazione del dolore va eseguita secondo le indicazioni date nei **protocolli specifici**.
- 4) La valutazione del dolore deve essere eseguita **tutte le volte che compare un comportamento indicativo di dolore o una modificazione dello stato clinico precedente** (sia in corso che al di fuori di terapia antalgica).
- Ogni volta che si somministra un analgesico a un paziente con dolore occorre **rivalutare il dolore** dopo un tempo che si può considerare sufficiente perché il farmaco abbia fatto effetto: 45 minuti dopo somministrazione orale/endorettale, 15 minuti dopo somministrazione endovenosa.

Per evitare di disturbare il paziente, la valutazione soggettiva del dolore dovrà essere eseguita contemporaneamente agli altri controlli clinici. Se al tempo previsto per la valutazione il paziente dorme, è opportuno posticiparla al momento in cui è sveglio e in grado di collaborare. Anche nel caso della valutazione oggettiva (FLACC), poiché il bambino deve essere comunque osservato nella sua interezza (compreso l'atteggiamento delle gambe), è consigliabile rimandare la valutazione allo stato di veglia.

 IRCCS "GIANNINA GASLINI"	DOLORE ACUTO: DIAGNOSI e TRATTAMENTO Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
---	---	---

5.2 TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO

5.2.1 Considerazioni generali

Il dolore del bambino affetto da qualunque patologia deve essere controllato al punto da permettergli una vita normale.

Gli analgesici devono essere somministrati sempre e in modo continuativo se il dolore è disturbante e/o persistente.

Nei casi in cui è riconoscibile la causa del dolore, è raccomandato instaurare sia un'adeguata terapia analgesica, sia un trattamento mirato alla risoluzione della patologia sottostante. Le tecniche di trattamento non farmacologico del dolore (distrazione, rilassamento ecc...) devono essere sempre associate, per quanto possibile, alla somministrazione di analgesici, ma non possono sostituirsi ad essa.

5.2.2 Trattamento farmacologico: linee guida

Ogni medico è responsabile del trattamento del dolore ed è tenuto a conoscere per lo meno le **linee guida** essenziali sull'argomento.

- Non esistono controindicazioni assolute all'uso di analgesici nel bambino.

Solo quando il dolore è lieve e facilmente controllabile l'analgesico può essere somministrato "all'occorrenza", cioè nel momento della necessità, in quanto il metodo "a richiesta" non permette di garantire una copertura ottimale del dolore dal punto di vista temporale con ricomparsa dello stesso una volta che il farmaco ha esaurito il suo effetto. In tutti gli altri casi, l'analgesico va prescritto ad intervalli regolari ("secondo l'orologio"), in modo che la concentrazione ematica del farmaco rimanga stabile. Va anche prescritta una dose di farmaco supplementare (dose di salvataggio: rescue dose), per affrontare eventuali momenti di intensificazione del dolore.

I farmaci dovrebbero essere somministrati "**secondo la via più appropriata**", cioè la più semplice, la più efficace e la meno dolorosa (Figura 3). Per selezionare la migliore via di somministrazione, bisogna considerare il tipo e l'intensità del dolore, la potenza del farmaco e l'intervallo richiesto tra le dosi.

- La scelta e la posologia dell'analgesico devono basarsi "**sul singolo bambino**", avendo come obiettivo l'individuazione del tipo e della dose di farmaco che, oltre a non avere controindicazioni e ad essere in grado di risolvere il dolore, riesca a prevenire la ricomparsa di dolore prima della dose successiva. In questo senso è fondamentale il monitoraggio continuo del punteggio del dolore, utile per verificare l'efficacia della terapia intrapresa.
- L'approccio farmacologico consigliato è quello sequenziale, "**secondo la scala**" a tre gradini, raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (Figura 4 e 5).

 IRCCS “GIANNINA GASLINI”	DOLORE ACUTO: DIAGNOSI e TRATTAMENTO Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
---	---	---

- In caso di dolore di **intensità lieve**, se non è riconoscibile una causa certa di dolore, potendosi trattare di una manifestazione occasionale, è utile rivalutare il paziente dopo 2 ore e posticipare l’inizio del trattamento. Negli altri casi (causa riconoscibile di dolore), il trattamento va intrapreso da subito. Il trattamento prevede l’utilizzo dei farmaci non oppioidi, corrispondenti al primo gradino della scala della OMS: paracetamolo e FANS (es: ibuprofene/Ketoprofene). Se con questi farmaci non si ottiene un’analgesia efficace o se il dolore presenta dall’inizio caratteri di **intensità moderata**, occorre utilizzare analgesici più potenti, corrispondenti al secondo gradino: oppioidi deboli (codeina, tramadolo) e, tra i FANS, oltre i già citati ibuprofene e ketoprofene, si può utilizzare il ketorolac. Per quanto riguarda la codeina è stato recentemente introdotto dall’ AIFA il divieto d’uso al di sotto dei dodici anni d’età. In caso di inefficacia di questi farmaci o di insorgenza improvvisa di dolore di **intensità grave** occorre intraprendere un trattamento con oppioidi forti: morfina, ossicodone, fentanil. A causa del diverso livello di azione delle differenti classi di farmaci, l’associazione paracetamolo/FANS e oppioidi (deboli/forti) può fornire un’effetto analgesico migliore rispetto alla somministrazione del singolo farmaco (azione sinergica). Si ridurrà l’incidenza degli effetti collaterali dei singoli farmaci (Principi di Terapia multimodale).
- Gli **adiuvanti o coanalgesici** sono farmaci la cui azione specifica non è propriamente antalgica, ma che risultano efficaci in alcune situazioni dolorose, riducendo la percezione del dolore, sollevando da ansia e depressione e riducendo gli effetti collaterali degli oppioidi. In questo gruppo sono compresi antidepressivi, anticonvulsivanti, stabilizzatori di membrana, neurolettici, sedativi, antistaminici e antiemetici. Gli adiuvanti possono essere associati a non oppioidi e oppioidi su qualunque gradino della scala.

Riassumendo: la scelta del farmaco contro il dolore rispecchia la sequenzialità propria della scala degli analgesici dell’OMS. Per operare una scelta il più possibile aderente ai bisogni del paziente, è necessaria un’accurata valutazione del dolore, che tenga conto dell’anamnesi, dell’esame obiettivo, del risultato di eventuali accertamenti di laboratorio e strumentali, oltre che del punteggio del dolore. Una volta intrapresa la somministrazione dell’analgesia, sarà quest’ultimo a guidarci nelle ulteriori decisioni terapeutiche.

In presenza di dolore grave, presumibilmente poco sensibile ad analgesici minori, è sconsigliabile ricorrere a questo tipo di farmaci, per evitare di prolungare inutilmente la sofferenza del paziente, creare sfiducia sia nel bambino che nei familiari, somministrare farmaci inutili. Si raccomanda quindi la somministrazione di un analgesico per via endovenosa sia in caso di dolore grave, sia in caso di dolore resistente agli analgesici già somministrati per altra via. Si sottolinea inoltre il vantaggio di poter titolare l’effetto analgesico con dosi subentranti quando si somministra morfina (titolazione dell’analgesico).

 IRCCS "GIANNINA GASLINI"	DOLORE ACUTO: DIAGNOSI e TRATTAMENTO Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
---	--	---

5.2.3 Effetti collaterali degli analgesici e loro trattamento

L'uso di oppioidi si accompagna frequentemente a **effetti collaterali** come *nausea, vomito, prurito, stipsi*, che devono essere trattati con farmaci sintomatici, per evitare che l'analgesia si accompagni a disturbi talvolta molto fastidiosi o anche intollerabili. Quando si intraprende una terapia con oppioidi, bisognerebbe anche avvisare i genitori della possibilità di provocare un certo grado di *sedazione*, che tende generalmente ad esaurirsi entro pochi giorni dall'inizio del trattamento. In questa fase il grado di sedazione va attentamente monitorizzato, per evitare di provocare una sedazione eccessiva e il conseguente rischio di *depressione respiratoria*, soprattutto in pazienti che non hanno mai assunto oppioidi precedentemente (naïf) e nel periodo postoperatorio.

Le caratteristiche e le modalità d'uso dei farmaci citati e la procedura per l'individuazione e il trattamento degli effetti collaterali da oppioidi sono riportate nel documento *"I farmaci del dolore acuto"*.

5.2.4 Rivalutazione del dolore e degli effetti collaterali da analgesici (Figura 6)

Come avviene per i parametri vitali, anche il dolore va monitorizzato, eseguendo rivalutazioni successive alla somministrazione iniziale, che guidano nell'intraprendere ed eventualmente modificare l'analgesia secondo il bisogno. Quindi, oltre che all'ingresso, la valutazione del dolore deve essere ripetuta fino al raggiungimento, quando possibile, dell'assenza di dolore o almeno di una diminuzione del dolore pari almeno al 70% della valutazione iniziale (es: diminuzione del dolore da un punteggio di 10 a un punteggio di 3).

La procedura corretta prevede che, dopo la somministrazione di analgesico, si attenda un tempo appropriato per valutare l'efficacia (non superiore a 45' dopo somministrazione per os o endorettale, non superiore a 15' dopo il termine della somministrazione endovenosa). In caso di risoluzione del dolore (diminuzione del dolore pari almeno al 70% rispetto al punteggio iniziale), si intraprende un trattamento analgesico continuo con i farmaci risultati efficaci.

Se invece il dolore persiste, è necessario intraprendere un ulteriore provvedimento farmacologico e rivalutare la situazione generale, pronti a modificare rapidamente la scelta dell'analgesico, salendo nella scala dell'OMS, fino a ottenere un'analgesia efficace.

Nel caso della morfina endovenosa si somministrano invece dosi progressive, fino a ottenere la risoluzione del dolore.

Lo stesso tipo di procedura vale anche dopo il trattamento degli effetti collaterali degli analgesici con farmaci sintomatici.

Una volta ottenuta la stabilizzazione del paziente dal punto di vista antalgico, la rivalutazione seguirà gli intervalli descritti precedentemente.

 IRCCS "GIANNINA GASLINI"	DOLORE ACUTO: DIAGNOSI e TRATTAMENTO Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
---	---	---

5.2.5 Prosecuzione e sospensione dell'analgesia

Per quanto riguarda la **prosecuzione del trattamento**, le linee guida sul controllo del dolore raccomandano la **continuità del trattamento e la sua sospensione graduale**, basata sull'osservazione della risposta del paziente e non su presupposti non dimostrabili (solo il paziente è giudice del proprio dolore).

A questo scopo, una volta individuata la terapia analgesica efficace per quel paziente, il medico responsabile ha il compito di stabilire un programma di analgesia che tenga conto del tipo e dell'intensità del dolore. Solamente nei casi di dolore occasionale e molto lieve potrà essere prescritta una terapia all'occorrenza, definendo sempre il numero massimo di dosi e gli eventuali intervalli di somministrazione. In tutti gli altri casi l'analgesia prevede la somministrazione del farmaco a intervalli fissi o in infusione continua. Se si sceglie la via endovenosa, può essere pratico stabilire un'infusione continua tramite pompa infusoriale o tramite elastomero. Deve essere anche prevista in ogni caso una "dose di salvataggio" (rescue dose), per affrontare episodi di dolore incidente (alla mobilitazione, per procedure) o episodico (non prevedibile, breakthrough pain).

6. Indicatori di processo/attività

- Sulla cartella esiste uno spazio apposito dove segnare la scala del dolore utilizzata e il punteggio del dolore. Il punteggio deve essere documentato all'ingresso, successivamente a intervalli regolari e tutte le volte che si osserva un'improvvisa modificazione dello stato clinico generale. Indicatore di processo/attività è la percentuale di valutazioni documentate del dolore presenti sul totale delle cartelle. Lo standard di riferimento è il 100%. L'indicatore monitorizza l'attività di sorveglianza sul dolore e deve essere rilevato con la frequenza stabilita per le varie situazioni secondo i protocolli istituzionali.
- Il trattamento analgesico si basa sulla somministrazione di farmaci adeguati al tipo e all'intensità del dolore. Lo standard di riferimento è una diminuzione di almeno il 70% del punteggio del dolore rispetto al punteggio iniziale. L'indicatore monitorizza l'efficacia del trattamento analgesico somministrato dopo un intervallo di tempo prestabilito dalla somministrazione.
- Eventuali effetti avversi in corso di terapia oppioide sono documentati nello spazio dedicato al monitoraggio clinico. Indicatore di processo/attività è la percentuale di prescrizione di farmaci sintomatici contro gli effetti avversi presente sul totale delle cartelle, nei casi in cui la somministrazione è indicata secondo il protocollo specifico. Lo standard di riferimento è il 100%.

7. Archiviazione

La presente procedura è archiviata, per il Sistema Qualità Aziendale, a cura della U.O. CCD e servizio qualità delle prestazioni secondo la "PG- Gestione della documentazione" in vigore.

	<i>DOLORE ACUTO: DIAGNOSI e TRATTAMENTO</i> Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
--	--	--

Tutta la documentazione sanitaria e amministrativa legata alla presente procedura viene gestita e archiviata a cura delle UU.OO. stesse secondo prassi condivise e consolidate.

Figura 1. ***Come VALUTARE il dolore***

VALUTAZIONE CLINICA
anamnesi + es. obiettivo + accertamenti

+

MISURAZIONE INTENSITÀ DOLORE	
Fascia di età	Scala da utilizzare
0– 7aa	FLACC
3aa – 7aa	FACCETTE
>7aa	NUMERICA

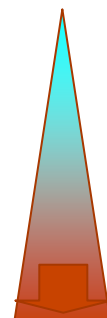


DOLORE **ASSENTE**

DOLORE **LIEVE**

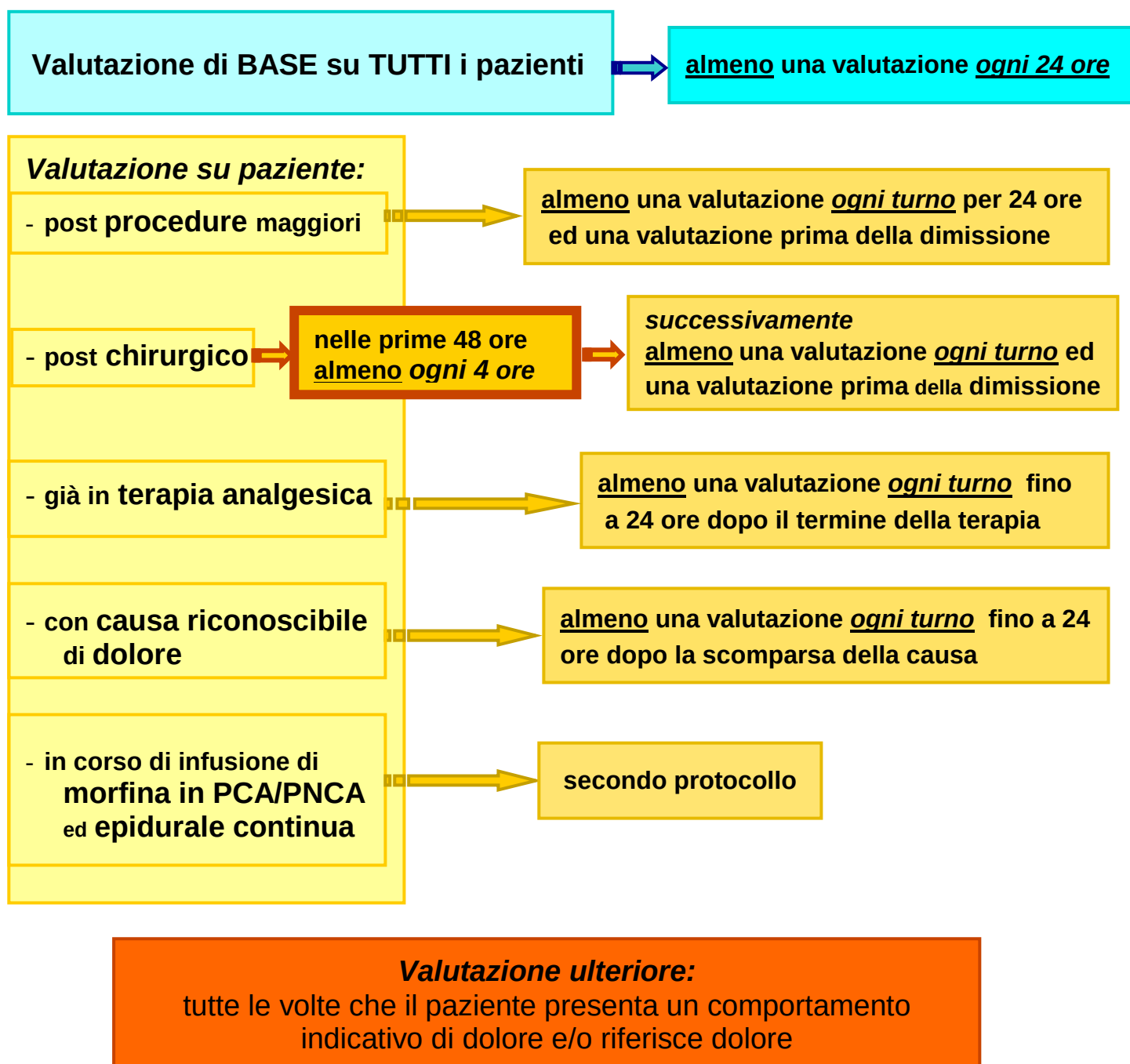
DOLORE **MODERATO**

DOLORE **GRAVE**



 IRCCS "GIANNINA GASLINI"	DOLORE ACUTO: DIAGNOSI e TRATTAMENTO Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
---	---	---

Figura 2. **Quando VALUTARE il dolore**



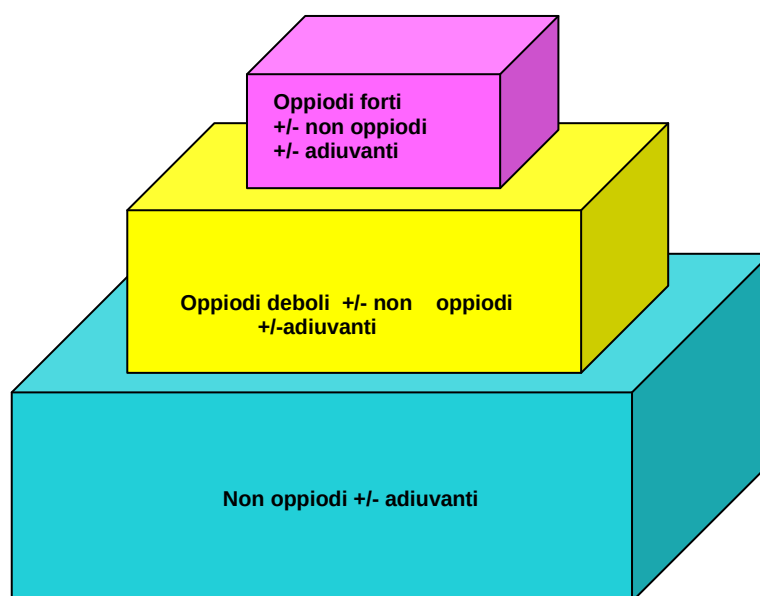
 IRCCS “GIANNINA GASLINI”	<i>DOLORE ACUTO:</i> <i>DIAGNOSI e TRATTAMENTO</i> Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
---	--	--

Figura 3. LA VIA DI SOMMINISTRAZIONE PIÙ APPROPRIATA

Vantaggi (+) e svantaggi (-) nelle diverse situazioni cliniche	Orale	Rettale	Sottocutanea	Endovenosa	Intramuscolare
	Non dolorosa Preferita dai bambini	Fastidiosa per i bambini Biodisponibilità variabile Utile se c'è vomito	Evita l'accesso venoso Pratica per terapia domiciliare	Rapido controllo del dolore Facile modulazione Utile per boli ed infusione continua	Dolorosa Non raccomandata Biodisponibilità variabile
Vomito	-	++	+	+	-
Occlusione intestinale	-	-	+	+	-
Disfagia	-	++	+	+	-
Diarrea, colostomia	++	-	+	+	-
Turbe cognitive	+/-	+/-	+/-	+/-	-
Dolori alla mobilizzazione	++	-	+	+	-
Aggiustamenti iniziali dose	++	-	+	+	-
Aggiustamenti frequenti dose	++	+	+	+	-
Dosi di riserva	++	-	+	+	-
Interventi di urgenza	++	+/-	+	+	+/-

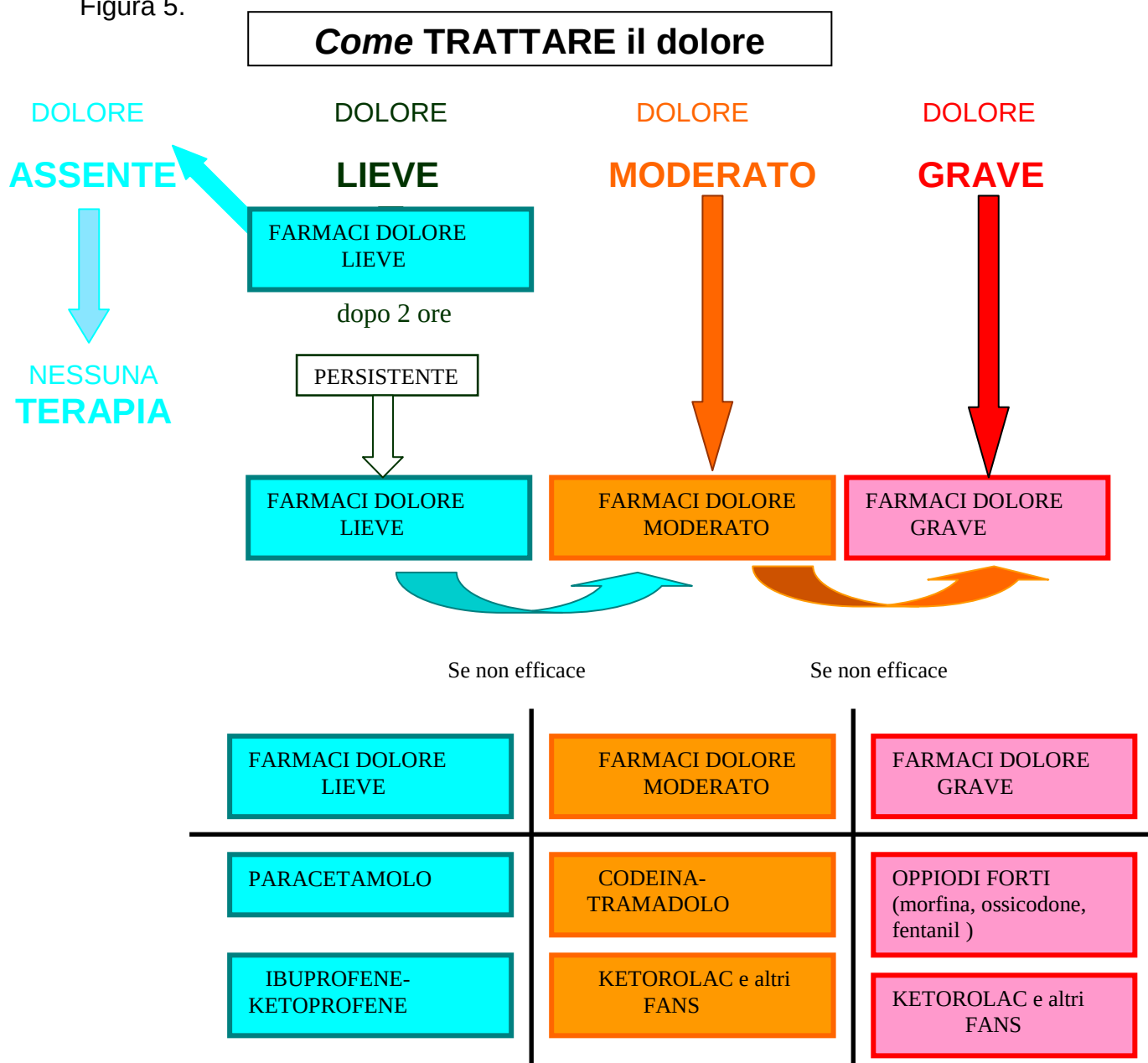
 IRCCS "GIANNINA GASLINI"	<i>DOLORE ACUTO:</i> <i>DIAGNOSI e TRATTAMENTO</i> Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
---	--	---

Figura 4. LA SCALA DEGLI ANALGESICI SECONDO L'OMS



 IRCCS "GIANNINA GASLINI"	<i>DOLORE ACUTO: DIAGNOSI e TRATTAMENTO</i> Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
--	--	--

Figura 5.



 IRCCS “GIANNINA GASLINI”	<i>DOLORE ACUTO:</i> <i>DIAGNOSI e TRATTAMENTO</i> Standard Joint Commission PFR 2.4 COP 6 AOP 1.8.2	 
---	--	---

Figura 6.

