



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 2113 DEL 21 OTT. 2025

OGGETTO: Approvazione dei documenti "Protocollo per la gestione del dolore post-operatorio" e "Protocollo per la gestione del dolore in Pronto Soccorso".

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.S. Qualità e Rischio Clinico

PROPOSTA N. 2181 DEL 14.10.2025

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dr. Alfonso Cavaleri

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

dott. Maurizio Galletto

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. _____ del _____

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

IL DIRETTORE RESPONSABILE
Dr. Anna GLORIA PICONE

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

Dr. Raffaele ELIA

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 14.10.2025

L'anno duemilaventicinque il giorno VENTUNO del mese di OTTOBRE
nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodiecì, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott.ssa Ersilia Riggi, nominata con delibera n. 60 del 14/01/2025 e del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024, con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOSSA TERESA CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Responsabile della UOS Qualità e Rischio Clinico, dott. Maurizio Galletto

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

Visto l'Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida inerente in progetto Ospedale senza dolore della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 24 maggio 2001;

Viste le "Linee Guida per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore", pubblicate nella G.U. n. 149 del 29 giugno 2001;

Vista la Legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";

Visto il D.A. 1741/2014 recante "Nuovo piano di organizzazione e sviluppo della rete di terapia del dolore nella Regione Siciliana";

Avuto riguardo dei documenti "Protocollo per la gestione del dolore post-operatorio" e "Protocollo per la gestione del dolore in Pronto Soccorso" trasmessi in Direzione Sanitaria dal Direttore del Dipartimento di emergenza / Urgenza con mail del 8 ottobre 2025;

Ravvisata la necessità di garantire una uniformità di applicazione delle procedure antalgiche a livello aziendale

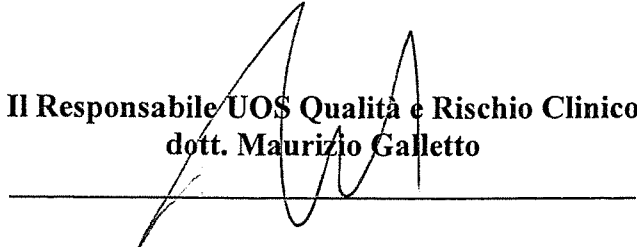
PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

- **APPROVARE** i documenti "Protocollo per la gestione del dolore post-operatorio" e "Protocollo per la gestione del dolore in Pronto Soccorso" citati in premessa che costituiscono parte integrante del presente atto deliberativo;
- **NOTIFICARE** formalmente, a cura del Responsabile del Procedimento, il presente atto deliberativo al Direttore del Dipartimento di Emergenza e a tutte le macrostrutture aziendali interessate;
- **MUNIRE** la deliberazione della clausola di immediata esecuzione, per le motivazioni di seguito specificate: dare immediatamente avvio ai protocolli terapeutici in essi rappresentati

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

**Il Responsabile UOS Qualità e Rischio Clinico
dott. Maurizio Galletto**



SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

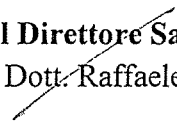
Parere FAVOREVOLE
Data 20/10/2015

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Ersilia Riggi


Parere
Data ASSENTE

Il Direttore Sanitario

Dott. Raffaele Elia


IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Maurizio Galletto, Responsabile UOS Qualità e Rischio Clinico, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

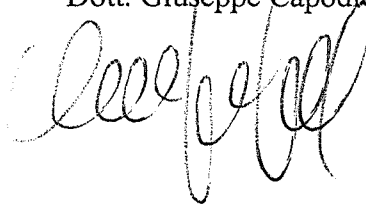
Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario; 

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Maurizio Galletto, Responsabile UOS Qualità e Rischio Clinico

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodiceci



Il Segretario verbalizzante

IL COLLABORATORE AMM.VO TPO
"Ufficio Studi e Controllo di Gestione"
Dott.ssa Teresa Cinque

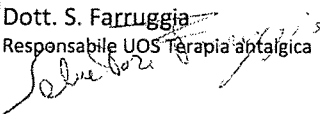
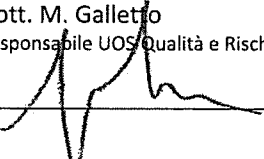
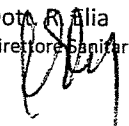




DIPARTIMENTO DI EMERGENZA / URGENZA

DIRETTORE: Dott. Gerlando FIORICA

Protocollo per la gestione del dolore post-operatorio

data di emissione	rev.	redazione	verifica	approvazione
01.10.2025	0	Dott. S. Farruggia Responsabile UOS Terapia analgica 	Dott. G. Fiorica Direttore Dipartimento Emergenza / Urgenza  Dott. M. Galletto Responsabile UOS Qualità e Rischio Clinico 	Dott. R. Alia Direttore Sanitario 

- 1. INDICE**
- 2. SCOPO**
- 3. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 4. RESPONSABILITA'**
- 5. RIFERIMENTI E DOCUMENTI**
- 6. MODALITA' OPERATIVE**
- 7. PROTOCOLLI OPERATIVI**
- 8. CATEGORIE PARTICOLARI DI PAZIENTI**

EMESSO DA	GRUPPO DI LAVORO	
VERIFICATO DA	UFFICIO DI QUALITA'	
APPROVATO DA	DIREZIONE SANITARIA	

SCOPO

1. . fornire uno strumento completo e di facile utilizzo per le figure coinvolte nel trattamento del dolore post-operatorio
2. . incrementare la sicurezza e l'efficacia nella gestione del dolore post-operatorio
3. . migliorare la qualità di vita del paziente, riducendo tutti gli aspetti avversicorrelati ad una gestione inadeguata del dolore post-operatorio
4. . ottenere una riduzione dei tempi di degenza con conseguente contenimento dei costi economici

Un adeguato trattamento del dolore post-operatorio contribuisce efficacemente a ridurre la morbidità/mortalità perioperatorie, valutate come incidenza di complicanze, giornate di degenza e di costi, specialmente nei pazienti ad alto rischio sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore e seguiti in area critica (evidenza di livello A)

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

COSA	SI APPLICA AL TRATTAMENTO DEL DOLORE
A CHI	ANESTESISTI, CHIRURGI E INFERMIERI AREA CHIRURGICA DELL'AZIENDA

DI DOVE	DI TUTTE LE UNITA OPERATIVE DELL'ASP 1 -AG
PER CHI	PER I PAZIENTI DI ETA ADULTA E PEDIATRICA SUPERIORE A 2 ANNI

1. RESPONSABILITÀ

CHE COSA	CHI FA	ANESTESISTA	CHIRURGO	INFERMIERE
VALUTAZIONE RIVALUTAZIONE		R	R	R
PRESCRIZIONE		R	R	
SOMMINISTRAZIONE				R

RIFERIMENTI E BIBLIOGRAFIA

- 1) American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management- Practice Guidelines for acute pain management in perioperative setting Anesthesiology 2004; 100: 1573-81
- 2) Atti del Corso "Organizzazione del dolore acuto 4° ed. SMART 2004
- 3) Carr BC, Goudas LC, Acute Pain Lancet 1999; 353: 2051-2058
- 4) Dhal V, Raeder JC, Non-opioid postoperative analgesia Acta Anaesthesiol Scand 2000; 44: 1191-1203
- 5) Macintyre PE, Safety and efficacy of patient-controlled analgesia British Journal of Anaesthesia 2001; 87: 34-46
- 6) Noll M et al. Il dolore postoperatorio-Valutazione e Trattamento Mosby-year book Doyma Italia 1995
- 7) Kehlet H, Wilkinson RC, Fischer H.B, Camu F Prospect: evidence-based, procedure-specific postoperative pain management Best Pract Res Clin Anesthesiol 2007 Mar; 21:149-59

- 8) Protocollo di Trattamento del dolore Postoperatoria Azienda Ospedaliera S. Paolo Milano 2008
- 9) Protocollo Trattamento Dolore Acuto Postoperatorio Progetto 100 Ospedali senzadolore Azienda Ospedaliera Reggio Emilia 2007
- 10) SIAARTI Recommendation for the treatment of post-operative pain [www.siaarti.it/linee guida](http://www.siaarti.it/linee_guida) 29 aprile 2010
- 11) Pain management, Best Pract Res Clin Anesthesiol 2007 Mar; 21: 149-59

4.1 Riferimenti esterni

1. Linee Guida per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore", pubblicate nella G.U. n. 149 del 29 giugno 2001 Legge regionale 16 settembre 1988, n. 48
2. Manuale applicativo per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore", DGR 30 dicembre 2004, n. 23454
3. P.S.S.R. 2007-2009, approvato con D.C.R. n. VII/257 del 26.10.2006 (4.5.3 la terapia del dolore e l'ospedale senza dolore)
4. Legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative ed alla terapia del dolore;

5. MODALITA' OPERATIVE

5.1 PREMESSA: il dolore è un'esperienza fisica e psichica spiacevole dovuta ad un danno reale o potenziale dei tessuti (International Association for the study of pain, 1979) In particolare il dolore perioperatorio è un dolore presente nel paziente sottoposto a procedura chirurgica causato dalla malattia preesistente, dalla procedura chirurgica- compresi drenaggi, sondini, cateteri e complicanze.

LIVELLI DI EVIDENZA

- I** trials ampi randomizzati con risultati chiari e basso rischio di falsi positivi e negativi
- II** piccoli trials randomizzati con risultati incerti e rischio moderato-alto di falsi positivi e negativi

III studi non randomizzati , controlli
prospettici

IV studi non randomizzati, controlli
retrospettivi

V studi non controllati, opinioni di
esperti

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

A Supportate da almeno 2 studi di
evidenza I

B Supportate da almeno 1 studio di
evidenza I

C Supportate solo da studi di
evidenza II

D Supportate solo da studi di evidenza III

E Supportate solo da studi di evidenza IV- V

Il trattamento ottimale del dolore post-operatorio può accelerare la ripresa globale del paziente sia dopo chirurgia maggiore, con riduzione dei tempi di degenza, sia dopo Day Surgery. Il trattamento deve pertanto essere inserito tra gli obiettivi istituzionali prioritari essendo parte integrante del piano terapeutico per la "malattia perioperatoria", che prevede :
analgesia, mobilizzazione precoce, alimentazione enterale precoce,
Fisiokinesiterapia attiva ((livello di raccomandazione) A).

Una corretta programmazione delle modalità di trattamento del dolore post-operatorio deve tener conto:

- a) caratteristiche del paziente
- b) tipo di intervento chirurgico
- c) previsione della intensità e durata del dolore

- d) organizzazione delle risorse e capacità di controllo mediante strumenti di misura e valutazione del dolore.

5.2 VALUTAZIONE E MISURAZIONE DEL DOLORE: il dolore è uno dei parametri vitali e come tale deve essere considerato al pari della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della temperatura, della diuresi e della quantità del materiale che si accumula nei sondini e/o drenaggi.

Deve quindi essere valutato, misurato e trascritto nella diaria clinica (livello di raccomandazione A).

Esistono alcuni strumenti di misurazione/autovalutazione del dolore:

- a) scala di classificazione numerica (NRS) in cui il paziente viene invitato ad attribuire un valore alla intensità del dolore su una scala da 0 a 10 intendendo come 0 l'assenza di dolore e come 10 la massima intensità di dolore
- b) scala di classificazione verbale in cui il paziente viene invitato a descrivere il proprio dolore con un aggettivo : assente, lieve, moderato, intenso.

Il controllo del dolore viene considerato soddisfacente con un punteggio NRS ≤ 4

E' importante che il paziente venga adeguatamente informato sull'uso di queste scale di valutazione prima dell'intervento e che la valutazione sia eseguita sia in condizioni di riposo che durante attività come la tosse, la respirazione profonda ed il movimento.

Valutare inoltre la comparsa di dolore intenso ed imprevisto specie se improvviso od associato ad alterazioni di segni vitali come oliguria, ipotensione, tachicardia, febbre.

5.3 TERAPIA ANALGESICA: i farmaci utilizzati nella terapia analgesica sistemica sono: Paracetamolo, Farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS), Oppioidi minori, Oppioidi maggiori, Anestetici locali.

Si raccomanda di evitare tecniche di infusione continua prive di sistemi di controllo del flusso e di adottare un sistema di registrazione del dolore, dell'efficacia della analgesia e degli effetti collaterali (livello di raccomandazione A)

- a. Paracetamolo: svolge azione centrale senza effetti sul tratto gastro-intestinale, con scarsa interferenza sulla aggregazione piastrinica. Epatotossico.
Dosaggio per os: 1 gr. ogni 6-8 h Dosaggio e.v.: 1 gr. Ogni 6-8 h in bolo . L'associazione con FANS aumenta l'efficacia analgesica, come anche l'associazione con Codeina e Tramadolo. Controindicato in insufficienza epatica grave.

- b) FANS: Sono efficaci nel dolore di media entità ed in associazione con oppioidi nel dolore moderato-grave, l'utilizzo di FANS riduce il fabbisogno di Oppioidi (livello A). Controindicati nei pazienti con patologia ulcerosa, nell'insufficienza renale con Creatinina >1,8, nelle coagulopatie, Terapia anticoagulante orale e terapia antiaggregante
- c. -Morfina agisce inibendo direttamente il sistema nocicettivo ascendente, attiva il sistema di controllo del dolore discendente, inibisce la trasmissione del dolore a livello talamico, inibisce la liberazione di mediatori infiammatori in periferia. I maggiori effetti collaterali sono: depressione respiratoria nausea e vomito, rallentamento della peristalsi, ritenzione urinaria. Va dosata più in funzione dell'età che del peso: in pazienti tra 20 e 70 anni fabbisogno nelle 24h in mg di Morfina = 100-Età
- d. Tramadol: analgesico centrale di sintesi efficace nel dolore moderato ma non grave. Provoca minor depressione respiratoria rispetto agli altri oppioidi maggiori e ha scarso effetto sulla motilità intestinale e sullo svuotamento gastrico (livello B). Adatto nei pazienti con funzionalità cardiaca o epatica e renale compromesse ed inoltre in pazienti che non possono utilizzare FANS. Effetti collaterali più comuni sono nausea e vomito. Controindicato in pazienti con anamnesi per epilessia.
- e. Ossicodone : è un oppioide di sintesi. Nel confronto con il farmaco di riferimento, la morfina cloridrato l'ossicodone ha dimostrato da subito di essere almeno equipotente (rapporto 1:1). Dopo l'assorbimento, l'ossicodone si distribuisce in tutto il corpo concentrandosi nel SNC in misura sei volte maggiore rispetto a quella della morfina. Questo meccanismo spiega la velocità di azione dell'ossicodone, maggiore rispetto a quella della morfina, con conseguente rapida azione analgesica. Il catabolismo epatico dell'ossicodone avviene attraverso il citocromo CYP3A4 L'ossicodone si caratterizza anche per l'elevata tollerabilità in particolare per la ridotta incidenza di nausea e vomito; anche la sedazione indotta è minore rispetto alla morfina. La dose va stabilita considerando che 2 mg di ossicodone orale equivalgono ad 1 mg di ossicodone parenterale.
Uso e.v. : somministrare in bolo una dose da 1 a 10 mg, lentamente per 1-2 minuti
- f. Evidenze scientifiche per i principali interventi farmacologici utilizzati nel trattamento del Dolore postoperatorio
- g. FANS orale in monoterapia: (livello di raccomandazione) B Efficace

per il dolore da lieve a moderato. Relativamente controindicato in pazienti neuropatici e con rischio di coagulopatia. Può mascherare la febbre

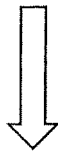
- h. FANS orale in associazione a oppioide (livello di raccomandazione) A
- i. Effetto sinergico che permette risparmio di oppiacei. Usare le cautele sopra riferite
- j. FANS parenterale (livello di raccomandazione) B Efficace per il dolore da moderato a grave. Utile in molti casi come alternativa agli oppiacei
- k. OPPIACEO orale (livello di raccomandazione) E Efficace, a dosi adatte, come la via parenterale. Utilizzare non appena praticabile la via orale
- l. OPPIACEO intramuscolare (livello di raccomandazione) B
- m. Le iniezioni sono dolorose e l'assorbimento non è sicuro
- n. OPPIACEO sottocute (livello di raccomandazione) B Preferibile alla via intramuscolare quando è necessaria un'infusione continua a basso volume e l'accesso venoso è difficile da mantenere. Le iniezioni sono dolorose e l'assorbimento non è affidabile.
- o. OPPIACEO endovenoso (livello di raccomandazione) B
- p. E' la via di elezione dopo interventi di chirurgia maggiore. E' adatta per la somministrazione in bolo o continua, ma richiede un monitoraggio. Se la dose non è appropriata esiste un rischio significativo di depressione respiratoria
- q. OPPIACEO epidurale (livello di raccomandazione) A
- r. Se indicata consente una buona analgesia. Per il rischio di depressione respiratoria a comparsa ritardata richiede un prolungato monitoraggio. L'utilizzo di pompe di infusione è costoso e richiede personale competente
- s. ANESTETICI LOCALI epidurali o perineurali (livello di raccomandazione) A Indicazioni limitate. Analgesia regionale efficace. Risparmio di oppiacei. L'aggiunta di un oppiaceo può migliorare l'analgesia. Rischi di ipotensione, debolezza muscolare, obnubilamento del sensorio. Richiede attento monitoraggio. L'utilizzo di pompe di infusione è costoso e richiede personale competente.

.5 DESCRIZIONE APPLICAZIONE PROCEDURA

- I) l'anestesista durante la valutazione preoperatoria, in base al tipo di intervento, informa il paziente sulla intensità prevedibile del dolore nel postoperatorio e sulle procedure che saranno messe in atto per controllarlo, il personale infermieristico illustra il sistema di valutazione del dolore (scala VRS)
- II) 30 minuti-1h prima della fine dell'intervento somministrazione di dose di carico, che sarà compresa nel dosaggio delle 24h. Al termine dell'intervento anestesista e chirurgo operatore concordano la terapia analgesica che viene trascritta e firmata sul foglio unico di terapia.
- III) al risveglio l'analgesia viene mantenuta secondo protocollo con la somministrazione basale prevista, se è necessario ottimizzare la terapia analgesica, in sala di risveglio, verrà somministrata dose "rescue". I pazienti potranno lasciare il comparto operatorio solo se l'intensità del dolore corrisponderà ad un VRS < 4.
- IV) in reparto l'Infermiere professionale che riceve il paziente operato ne rileva i parametri vitali, lo stato di coscienza, la presenza di eventuali drenaggi e/o sondini ed il loro contenuto. Ad intervalli di 4h rivaluta la presenza di dolore, se VRS > 4 somministra dose "rescue", rileva eventuali effetti collaterali.
- V) nei casi in cui il paziente, trattato secondo protocollo e dopo 30' da una dose "rescue" presentasse ancora VRS >4 andrà consultato. Il medico di reparto o l'anestesista di turno.

per le prime 48 h i farmaci analgesici saranno preferibilmente utilizzati in infusione continua che garantisce livelli ematici di analgesico costanti evitando picchi di iperdosaggio e fasi di scarsa copertura analgesica. Dopo le 48 h. andrà rivalutata da parte del chirurgo la necessità di proseguire con lo schema impostato o passare a terapia analgesica di mantenimento ridotta.

Vis. anestesista
preoperatoria: illustrazione protocollo
e scala di valutazione del dolore



30min-1 h. prima della fine
dell'intervento somministrazione di
dose di carico che andrà conteggiata
nella dose totale delle 24 h.



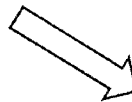
Al risveglio l'anestesista imposta e
trascrive la terapia analgesica sul
foglio unico di terapia secondo
Protocollo in base al tipo di
intervento e caratteristiche del
paziente



Controllo scala del dolore se $VRS < 4$



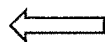
Il paziente
viene riportato
in reparto



$VRS > 4$

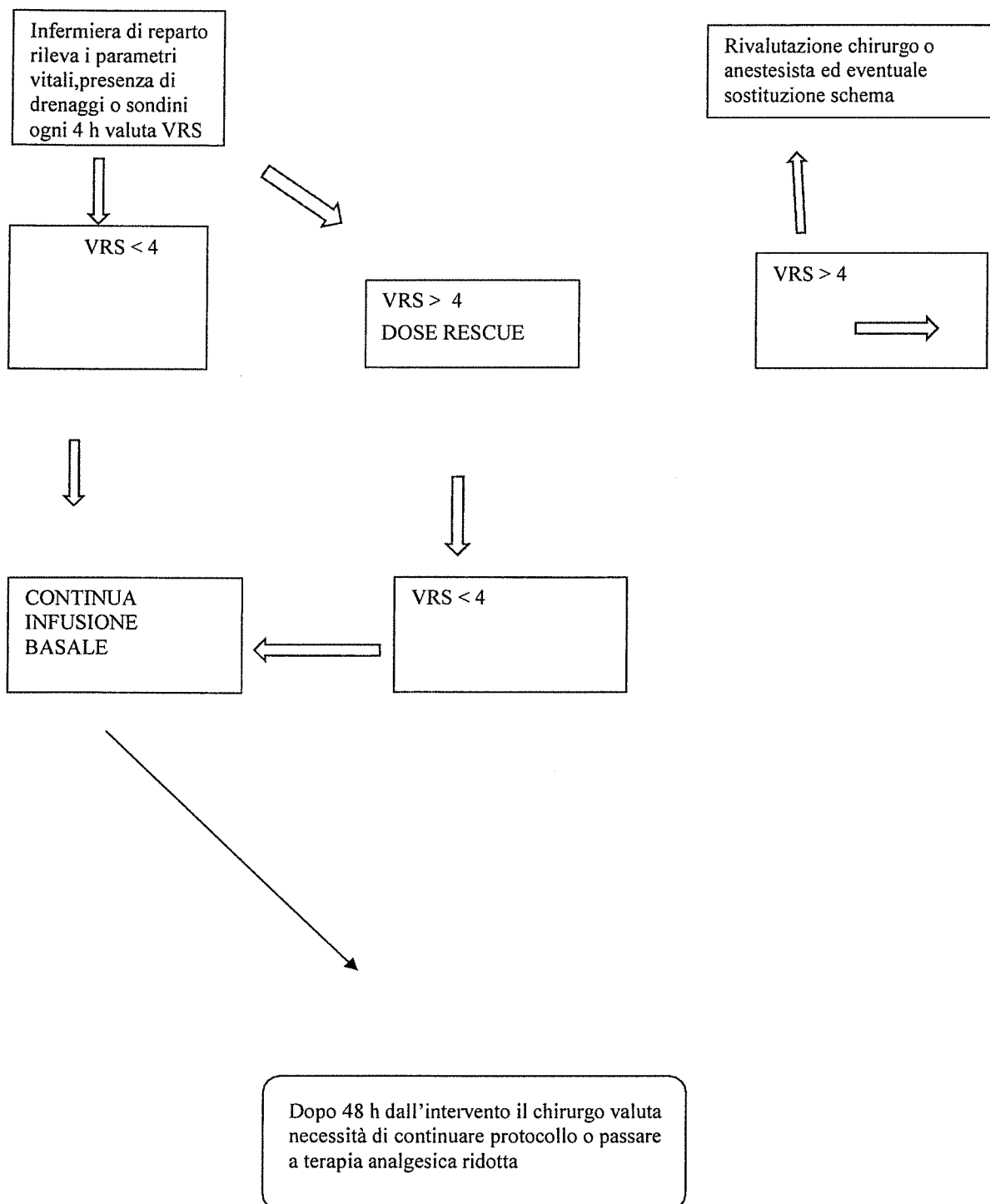


Dose
rescue



Controllo scala del dolore se $VRS < 4$





Gruppo A – DOLORE LIEVE/MODERATO

Chirurgia Generale	Tiroidectomia, appendicectomia, ernioplastica.
Chirurgia ginecologica	Isteroscopia operativa e diagnostica, cerchiaggio vaginale, conizzazione, revisione uterina.
Chirurgia ortopedica	Artroscopia diagnostica, asportazione cisti, borsite, chirurgia della mano, fissatori esterni arto superiore, rimozione mezzi di sintesi, suture tendinee.
Chirurgia urologica	Litotrissia, varicocele, idrocele, fimosi, TURV-TURP.
Chirurgia otorino	Adenoidectomia, tracheotomia, riduzione frattura nasale, cordectomia, miringoplastica.

Protocollo	Bolo a fine intervento	Prime 24-48 ore
A1 ev	Ketorolac 30 mg e/o Paracetamolo 1 g	Ketorolac 30 mg x 3 e/o Paracetamolo 1 g x 3 <u>Dose Rescue</u> Tramadolo 100 mg in 100 cc fisiol. OPPURE OSSICODONE 5 MG
A2 ev Gastropatie Coagulopati e Insufficienza renale	Tramadolo 50-100 mg in 100 cc fisiol. e/o Paracetamolo 1 g	Tramadolo 50-100 mg in 100 cc fisiol. ogni 8 ore oppure OSSICODONE 5 MG x 2 /die e Paracetamolo 1 g ogni 8 ore <u>Dose Rescue</u> Tramadolo 100 mg in 100 cc fisiol.

		Oppure ossicodone 5 mg e/o Paracetamolo 1 g
Dimissione		Patrol 1 cpr x due al giorno per 7 giorni Oppure depalgos 5 mg x due /die per 2 giorni poi 5mg/die per 5 giorni Oppure tramadolo cpr 50 mg x2/die x 3 giorni -poi 50mg al giorno per 5 giorni Rizmoic 200 mg /die

GRUPPO B – DOLORE MODERATO/GRAVE	
Chirurgia Generale	Fistola anale, ano praeter, emorroidectomia, colecistectomia laparotomia e laparoscopica, quadrantectomia, mastectomia, laparocele.
Chirurgia Ginecologica	Laparoscopia operativa, colpoisterectomia, plastica per prolasso, sutura lacerazione vaginale.
Chirurgia Ortopedica	Artroscopia terapeutica, fissatori esterni arto inferiore, chirurgia del piede, osteosintesi minori.
Chirurgia ORL	Timpanoplastica, settoplastica, tonsillectomia, polipectomia, svuotamento laterocervicale, scialoadenectomia, parotidectomia, interventi per sinusite.
Chirurgia Urologica	Orchiectomia, calcolosi ureterale, interventi uretrali, orchidopessi, nefrectomia vdl.
Chirurgia Vascolare	By-pass periferici, TEA, chirurgia succlavia, chirurgia endovascolare.
Chirurgia Oculistica	Vitrectomia, strabismo, blefaroplastica, trapianto di cornea, distacco di retina, interventi vie lacrimali.

Protocollo	Bolo a fine intervento	Prime 24-48 ore
B1 ev	Ketorolac 30 mg + Paracetamolo 1 g + Tramadolo 100 mg -oppure ossicodone 3-5mg	Tramadolo 200 mg/24 ore (con elastomero) + ketorolac 30 mg Oppure Ossicodone 10- mg/24 ore (con elastomero) + ketorolac 30 mg <u>Dose Rescue</u> Paracetamolo 1 g e/o Ketorolac 30 mg
B2 ev Gastropatie Coagulopatie e Insufficienza renale	Paracetamolo 1 g + Tramadolo 100 mg Oppure ossicodone 3-5 mg	Tramadolo 200-400 mg/24 ore (con elastomero) Oppure Ossicodone 10-15 mg/24 ore (con elastomero) + PARACETAMOLO 1 G X 3 <u>Dose Rescue</u> Tramadolo 50-100 mg in 100 cc fisiol. Oppure : Ossicodone 3 mg e/o Paracetamolo 1 g

Dimissione :

1) depalgos cpr 10 mg x due al giorno per 2 giorni poi 5 mg x due al giorno per 5 giorni

OPPURE

2) Tramadolo cps 100 mg x 2 al giorno per 2 giorni poi 50 mg x due al giorno per 5 giorni

3) Rizmoic 200 mg /die

GRUPPO C – DOLORE SEVERO	
Chirurgia Generale	Chirurgia gastroduodenale, chirurgia coloretale, resezione intestinali allargate, chirurgia vie biliari, chirurgia del fegato, chirurgia del pancreas.
Chirurgia Ginecologica	Linfadenectomia per staging, isteroannessiectomia, vulvectomy, eviscerazioni, taglio cesareo.
Chirurgia Ortopedica	Chirurgia della spalla, artroprotesi anca e ginocchio, amputazione arto, legamentoplastica ginocchio.
Chirurgia ORL	Resezioni mandibolari con trapianto a lembo, laringectomia, glossectomia.
Chirurgia Urologica	Nefrectomia, surrenalectomia, cistectomia, prostatectomia, adenomectomy t.v., interventi lombotomici.
Chirurgia Vascolare	Aneurismectomy aorto-addominale, by-pass aorto-iliaco-femorale.
CHIRURGIA OCULISTICA	Enucleazione del bulbo

Protocollo	Bolo a fine intervento	Prime 24-72 ore
C1 e.v. in perfusione continua infiltrazione ferita con Ropivacaina 0,5%-0,75%, 20-30 ml.	Ketorolac 30 mg e/o Paracetamolo 1 g + Morfina 0,1-0,15 mg/Kg Oppure OSSICODONE 4-10 MG + (ondansetron 4-8 mg)	Morfina 20 mg/24 h con elastomero + Paracetamolo 1 g x 3 die Oppure : ossicodone 10-15 mg +ketorolac 30 mg/24 ore <u>Dose Rescue</u> Ketorolac 30 mg e/o Paracetamolo 1 g e/o Morfina 4mg e.v./OSSICODONE 4 MG
C2 Catetere peridurale/perineurale	<u>Peridurale:</u> Lombare/toracico: Ropivacaina 2mg/ml, 6- 8 ml + Morfina 2 mg (peridurale) <u>Perineurale :</u> Ropivacaina 2 mg/ml 15 ml	<u>Peridurale :</u> Ropivacaina 2mg/ml elastomero 2 ml/h x 48 ore +morfina 4 mg <u>Oppure</u> Ropivacaina 2mg/ml elastomero 5 ml/h <u>Perineurale :</u> Ropivacaina 2 mg/ml 5 ml/h <u>Dose Rescue</u> Ketorolac 30 mg + Paracetamolo 1 g + oppioidi Tramadol 50mg/100 ml <u>oppure</u> ossicodone 5 mg

C3 ev Gastropatie Coagulopatie Insufficienza renale	Paracetamolo 1 g + Morfina 0,1 mg /kg Oppure OSSICODONE 4-10 MG	Morfina 20 mg/die oppure Tramadolo 200-300 mg/24 ore (con elastomero) Oppure Ossicodone 20 mg/24 ore (con elastomero) + paracetamolo 1 g x 3 /24 ore <u>Dose Rescue</u> <u>Morfina 5 mg</u> <u>oppure</u> Tramadolo 100 mg in 100 cc fisiol. Oppure : Ossicodone 5 mg + Paracetamolo 1 g
<u>DIMISSIONE :</u>		1) depalgos cpr 10 mg x due al giorno per 3 giorni poi 5 mg x due al giorno per 7 giorni OPPURE 2) Tramadolo cps 100 mg x 2 al giorno per 3 giorni poi 50 mg x due al giorno per 7 giorni 3) Rizmoic 200 mg /die

N.B. :CONSIDERARE DI EVITARE L'USO DELLA MORFINA E.V. E RIDURRE I DOSAGGI IN PERIDURALE NEI SOGGETTI ULTRAESSANTACINQUENNI E NEI SOGGETTI PLURIPATOLOGICI (GRAVE INSUFFICIENZA EPATICA,RENALE,CARDIOVASCOLARE)

LA VIA ORALE PUO' ESSERE INIZIATA IN REPARTO DOPO LE PRIME 48 ORE PER IL DOLORE LIEVE-MODERATO, DOPO 72 ORE PER IL DOLORE SEVERO

PROFILASSI PONV

La profilassi farmacologica prevede l'uso degli antiemetici in particolare gli antagonisti dei recettori serotoninergici (ondansetron, granisetron, dolasetron, tropisetron) (Livello A) (169, 170).

- I dosaggi consigliati sono : ondansetron 4-8 mg NELLE 24 ORE
- Non esistono lavori che certifichino quale sia il timing ottimale di somministrazione (Livello C). Tuttavia la maggioranza degli autori indirizza verso la somministrazione a fine intervento (Livello C) (160, 165-179).
- Non sono state dimostrate differenze significative di efficacia tra una molecola La metoclopramide sia al dosaggio di 10 mg che al dosaggio di 20 mg è risultata inefficace (Livello C)

Il desametazone sia a dosaggi di 8-10 mg (176) sia a dosaggi di 2,5-5 mg (154) si è dimostrato efficace se somministrato prima dell'inizio dell'anestesia nel prevenire il PONV (Livello D) (186).

BAMBINI > 2 ANNI

1) TRAMADOLO :

- DOSAGGIO: 1-2 MG/KG TRE, MAX QUATTRO VOLTE/DIE;
NON SUPERARE PRUDENZIALMENTE 6 MG/KG/DIE.

2) PARACETAMOLO : CARICO: 10 MG/KG

POI: 10 MG/KG

OGNI 8 H

DOSE MAX : 60 MG/KG/DIE

3) CODEINA : 0,5-1 MG/KG DOSE, OGNI 6-8 ORE

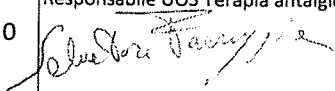
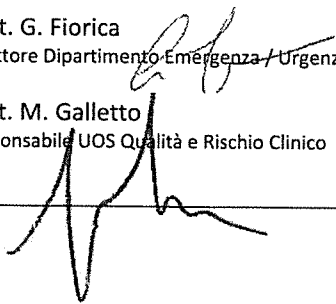
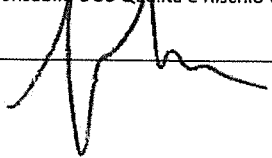
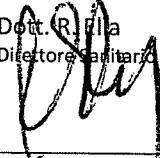
LONARID bambini 200 mg + 5 mg supposte 1 X3/DIE (
PARACETAMOLO+CODEINA)



DIPARTIMENTO DI EMERGENZA / URGENZA

DIRETTORE: Dott. Gerlando FIORICA

Protocollo per la gestione del dolore in pronto soccorso

data di emissione	rev.	redazione	verifica	approvazione
01.10.2025	0	Dott. S. Farruggia Responsabile UOS Terapia antalgica 	Dott. G. Fiorica Direttore Dipartimento Emergenza / Urgenza  Dott. M. Galletto Responsabile UOS Qualità e Rischio Clinico 	Dott. R. Zila Direttore Sanitario 

PROTOCOLLI DI GESTIONE DOLORE IN PRONTO SOCCORSO

- 1. INDICE**
- 2. SCOPO**
- 3. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 4. RESPONSABILITA'**
- 5. RIFERIMENTI E DOCUMENTI**
- 6. MODALITA' OPERATIVE**
- 7. PROTOCOLLI OPERATIVI**
- 8. CATEGORIE PARTICOLARI DI PAZIENTI**

EMESSO DA	GRUPPO DI LAVORO	
VERIFICATO DA	UFFICIO DI QUALITA'	
APPROVATO DA	DIREZIONE SANITARIA	

SCOPO

1. . fornire uno strumento completo e di facile utilizzo per le figure coinvolte nel trattamento del dolore al ps
2. . incrementare la sicurezza e l'efficacia nella gestione del dolore al ps
3. . migliorare la qualità di vita del paziente, riducendo tutti gli aspetti avversi correlati ad una gestione inadeguata del dolore al ps
4. . ottenere una riduzione dei tempi di degenza con conseguente contenimento dei costi economici

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

COSA	SI APPLICA AL TRATTAMENTO DEL DOLORE
A CHI	MEDICI E INFERMIERI AL PRONTO SOCCORSO DELL'AZIENDA
DI DOVE	DI TUTTI I PS DELL'ASP 1 -AG
PER CHI	PER I PAZIENTI DI ETA ADULTA E PEDIATRICA SUPERIORE A 3 ANNI

1. RESPONSABILITÀ

CHE COSA	CHI FA	MEDICO PS	INFERMIERE
VALUTAZIONE RIVALUTAZIONE		R	R
PRESCRIZIONE		R	
SOMMINISTRAZIONE			R

RIFERIMENTI E BIBLIOGRAFIA

- 1)** American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management- Practice Guidelines for acute pain management in perioperative setting Anesthesiology 2004; 100: 1573-81
- 2)** Atti del Corso "Organizzazione del dolore acuto 4° ed. SMART 2004
- 3)** Carr BC, Goudas LC, Acute Pain Lancet 1999; 353: 2051-2058
- 4)** Dhal V, Raeder JC, Non-opioid postoperative analgesia Acta Anaesthesiol Scand 2000; 44: 1191-1203
- 5)** Macintyre PE, Safety and efficacy of patient-controlled analgesia British Journal of Anesthesia 2001; 87: 34-46
- 6)** Noll M et al. Il dolore postoperatorio-Valutazione e Trattamento Mosby-year book Doyma Italia 1995
- 7)** Kehlet H, Wilkinson RC, Fischer H.B, Camu F Prospective: evidence-based, procedure-specific postoperative pain management Best Pract Res Clin Anesthesiol 2007 Mar; 21:149-59
- 8)** Protocollo di Trattamento del dolore Postoperatorio Azienda Ospedaliera S. Paolo Milano 2008
- 9)** Protocollo Trattamento Dolore Acuto Postoperatorio Progetto 100

Ospedali senzadolore Azienda Ospedaliera Reggio Emilia 2007

10) SIAARTI Recommendation for the treatment of post-operative pain [www.siaarti.it/linee guida](http://www.siaarti.it/linee_guida) 29 aprile 2010

11) Pain management, Best Pract Res Clin Anesthesiol 2007 Mar; 21: 149-59

4.1 Riferimenti esterni

1. Linee Guida per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore", pubblicate nella G.U. n. 149 del 29 giugno 2001 Legge regionale 16 settembre 1988, n. 48
2. Manuale applicativo per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore", DGR 30 dicembre 2004, n. 23454
3. P.S.S.R. 2007-2009, approvato con D.C.R. n. VII/257 del 26.10.2006 (4.5.3 la terapia del dolore e l'ospedale senza dolore)
4. Legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative ed alla terapia del dolore;

Il **Codice Deontologico**, considerato il patto infermiere-cittadino, fissa le norme dell'agire professionale dell'infermiere. L'ultima edizione è stata approvata dal Consiglio Nazionale dell'Aprile 2019.

Nel Capo IV intitolato "Rapporti con le persone assistite" abbiamo dieci articoli, tra cui il 18 che riguarda propriamente il dolore. Recita:

"L'infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto della volontà della persona."³⁰.

È altrettanto utile nominare le raccomandazioni proposte e individuate dalla collaborazione di alcune Società Scientifiche italiane (**SIAARTI – SIMEU – IRC – SIARED – SIS 118 – AISD – SICUT**) nel 2013. Lo scopo era quello di trovare un accordo intrasocietario riguardo la gestione e il trattamento del dolore in emergenza. Il risultato è stato il comune pensiero che sia importante valutare accuratamente il paziente e la sua sintomatologia dolorosa, sia in ambito pre-ospedaliero (come affermato anche da un altro articolo³¹) che in Pronto Soccorso (PS). Il fine è scegliere il giusto analgesico e la corretta via di somministrazione ed eseguire poi, una corretta rivalutazione³². Inoltre, si spiega che un consistente vantaggio nei tempi di trattamento del dolore potrebbe essere raggiunto tramite l'introduzione di protocolli analgesici di guida infermieristica per il triage.

PREMESSA:

Secondo la definizione della IASP (International Association for the Study of Pain - 1986): e secondo l'O.M.S. il dolore è "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno".

Il dolore è la prima causa di accesso al Pronto Soccorso (PS) [1] ed un'adeguata analgesia rappresenta uno dei cardini di un'efficace gestione dell'emergenza. Tuttavia, numerosi studi hanno documentato un inadeguato controllo del dolore nel PS [2-4].

Nel Progetto «Ospedale-Territorio senza dolore» (Art. 6 Legge 38/2010 [5]) è d'obbligo riportare all'interno della cartella clinica la stima del dolore

(Art. 7), per questo è necessario che gli operatori sanitari siano in grado di trattare il dolore in emergenza.

LIVELLI DI EVIDENZA

- I** trials ampi randomizzati con risultati chiari e basso rischio di falsi positivi e negativi
- II** piccoli trials randomizzati con risultati incerti e rischio moderato-alto di falsi positivi e negativi
- III** studi non randomizzati , controlli prospettici
- IV** studi non randomizzati, controlli retrospettivi
- V** studi non controllati, opinioni di esperti

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

- A** Supportate da almeno 2 studi di evidenza I
- B** Supportate da almeno 1 studio di evidenza I
- C** Supportate solo da studi di evidenza II
- D** Supportate solo da studi di evidenza III
- E** Supportate solo da studi di evidenza IV- V

Una corretta programmazione delle modalità di trattamento del dolore al ps deve tener conto:

- a) caratteristiche del paziente :
 - età',
 - peso,
 - sesso,
 - comorbidità',
 - allergie
- b) previsione della intensità e durata del dolore
- c) organizzazione delle risorse e capacità di controllo mediante strumenti di misura e valutazione del dolore.

L'infermiere di triage è colui che prende in carico il paziente dal momento in cui entra in Pronto Soccorso

5.1 VALUTAZIONE E MISURAZIONE DEL DOLORE: il dolore è uno dei parametri vitali e come tale deve essere considerato al pari della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della temperatura, della diuresi e della quantità del materiale che si accumula nei sondini e/o drenaggi.

5.2 Deve quindi essere valutato, misurato e trascritto nella diaria clinica (livello di raccomandazione A). E come tale va assegnato un codice Ricordando che a un dolore da forte a salire viene assegnato codice arancione

- **Rosso:** Emergenza, con accesso immediato
- **Arancione:** Urgenza, con accesso rapido entro 15 minuti
- **Azzurro:** Urgenza differibile, con accesso entro 60 minuti
- **Verde:** Urgenza minore, con prestazioni terapeutiche semplici
- **Bianco:** Non urgenza, con problema non urgente

1. VALUTAZIONE

La valutazione del dolore ha lo scopo di diagnosticare la causa, comprendere l'impatto che ha sulla persona, identificare la strategia terapeutica più adeguata e verificarne poi l'efficacia.

Nella presa in carico del paziente con dolore, che deve essere individualizzata, si deve tenere conto del tipo, della localizzazione, della durata, dell'intensità e delle caratteristiche del sintomo.

Quindi si svolge un'anamnesi, la valutazione tramite strumenti appropriati, la pianificazione di interventi e successivamente la rivalutazione di quanto attuato.

SCALE DI VALUTAZIONE

L'uso di scale validate e di report, o sistemi di autovalutazione del dolore da parte del paziente, sembrerebbe velocizzare i tempi di gestione e anzi, è la chiave per un'effettiva e adeguata amministrazione del parametro⁴⁴.

Con l'applicazione delle linee guida del progetto "Ospedale senza dolore", da anni si è esteso l'utilizzo di scale unidimensionali validate, anche se già nel 1996 erano state create dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

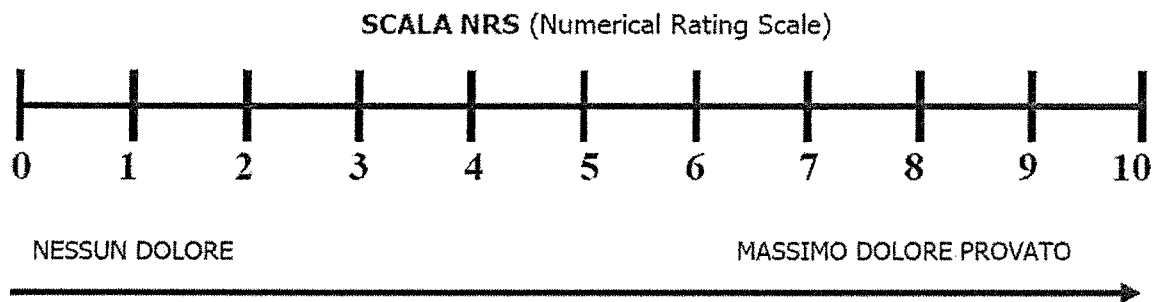
"Unidimensionale" o monodimensionale significa che valuta un unico aspetto del dolore, ovvero la sua intensità. Sono quattro le scale monodimensionali usate:

- Scala numerica (NRS)
- Scala verbale (VRS)
- Scala delle espressioni facciali
- Scala di painad

SCALA NUMERICA - NUMERICAL RATING SCALE (NRS)

È uno strumento di misurazione unidimensionale, quantitativa e numerica ad 11 punti per valutare l'intensità del dolore. È semplice da utilizzare e quella da preferire⁴⁶; prevede soltanto che l'operatore chieda al paziente di selezionare il numero che meglio descrive la severità del proprio dolore in quel momento. Si deve considerare lo 0 come "assenza di dolore" e il 10 come il "peggior dolore possibile".

L'unico svantaggio è rappresentato dalla difficoltà di definire in maniera numerica il dolore provato.

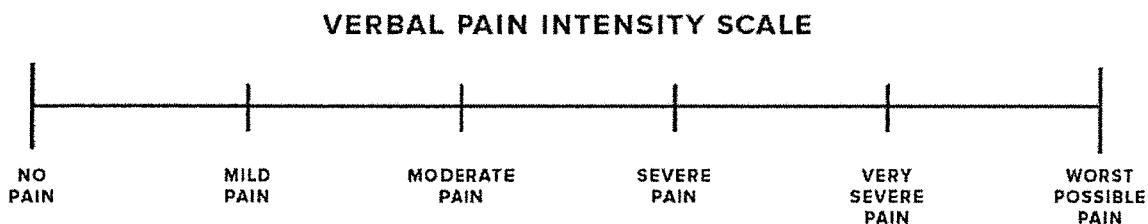


Feldt. (2007). Pain measurement: present concerns and future directions. *Pain Med*, 8(7), 541-543.

⁴⁶ Downie, L. R. (1978). Studies with pain rating scale. *Annals of the rheumatic disease*, 37, 378-381.

SCALA VERBALE – VERBAL RATING SCALE (VRS)

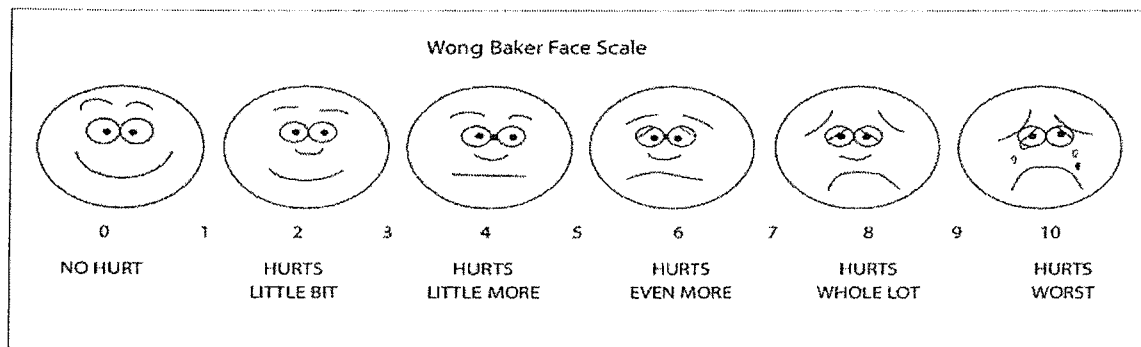
In questo caso il paziente deve scegliere uno dei 6 indicatori verbali descrittivi del dolore, che vanno da "nessun dolore" a "dolore molto forte". Si utilizza l'aggettivo che la persona ritiene più appropriato per classificare la propria sofferenza in base a quelli dati.



SCALA DELLE ESPRESSIONI FACCIALI – WONG-BAKER FACES PAIN RATING SCALE

La scala delle espressioni facciali è stata sviluppata da due infermiere, D. Wong e C. Baker, con lo scopo di permettere ai bambini di comunicare il proprio dolore e agli operatori di capirlo. Adesso è utilizzata in tutto il mondo su persone dai tre anni in poi, non è più limitata ai soli bambini, per facilitare la comunicazione e consentire una migliore gestione del dolore con tutti.

La scala raffigura sei facce andando da quella con l'espressione felice, che rappresenta l'assenza di dolore, a quella che piange che mostra il peggior dolore possibile.



PAIN IN ADVANCED DEMENTIA (PAINAD)

La scala PAINAD si utilizza con pazienti che non comunicano o che mostrano un deterioramento cognitivo o con demenza di qualunque tipo, nei quali non è possibile utilizzare scale in cui serve collaborazione dell'utente o quelle numeriche⁵².

Si basa sull'osservazione, da parte dell'operatore, di cinque indicatori (respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo e consolazione) ai quali viene poi assegnato un punteggio che consente una sovrapposizione con la Numerical Rating Scale (NRS).

INDICATORI	0	1	2
<i>Respirazione</i>	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea
<i>Vocalizzazione</i>	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti
<i>Espressioni del volto</i>	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie
<i>Linguaggio del corpo</i>	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire
<i>Consolazione</i>	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca rassicurazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione

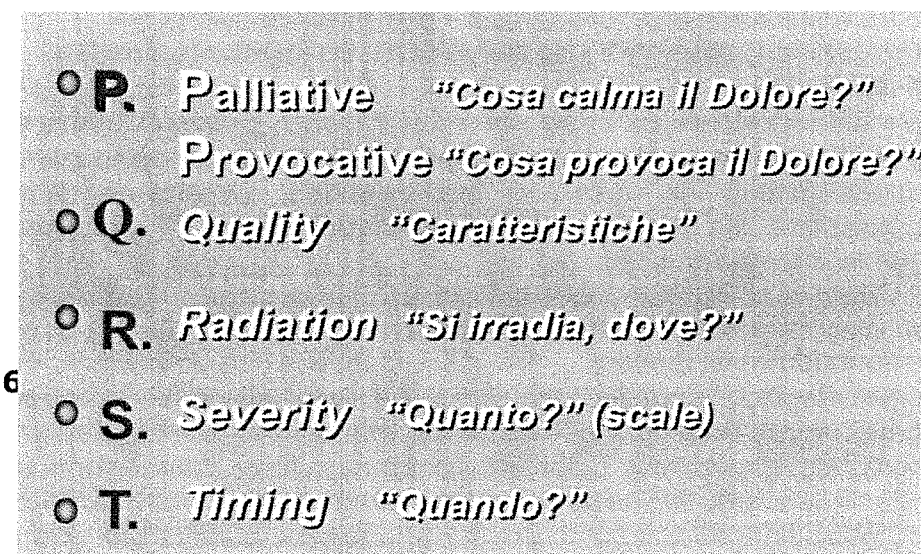
Il punteggio che ne risulta dalla somma dei 5 indicatori, indica l'intensità del dolore. Sulla base della scala numerica si classifica in:

- Dolore assente (0)
- Dolore lieve (1-3)
- Dolore moderato (4-6)
- Dolore severo (7-10)

l'osservazione da parte dell'infermiere di triage deve essere effettuata dal momento in cui un paziente entra in Pronto Soccorso, e per tutta la durata dell'attesa, fino alla chiamata per la visita. Se si osserva un cambiamento, un peggioramento delle condizioni del paziente, il codice colore può essere modificato.

COMUNICAZIONE

La comunicazione, con la successiva creazione di una relazione terapeutica, per quanto breve possa essere nell'ambito del Pronto Soccorso, è di notevole rilevanza. Il paziente è la principale fonte di informazioni utili per capire quale problema lo abbia portato lì e quindi attribuirgli un adeguato codice colore. È il principale metodo per valutare il dolore, insieme alle scale e all'osservazione, perché il paziente può non solo descrivere l'intensità, ma anche la localizzazione e quando insorge, ad esempio. A tale scopo si può utilizzare lo schema PQRST:

- 
- **P.** *Palliative* "Cosa calma il Dolore?"
Provocative "Cosa provoca il Dolore?"
 - **Q.** *Quality* "Caratteristiche"
 - **R.** *Radiation* "Si irradia, dove?"
 - 6 ◦ **S.** *Severity* "Quanto?" (scale)
 - **T.** *Timing* "Quando?"

⁵⁶ Scala PQRST, METODICHE DI VALUTAZIONE

⁵⁷ Forsgarde, F. A. (2016). Powerlessness: dissatisfied patients' and relatives' experience of their emergency department visit. *Int Emerg Nurs*, 25, 32-36.

RIVALUTAZIONE

Dopo la prima valutazione, è importante eseguire la rivalutazione. Il dolore è uno dei parametri che deve essere rivisto negli utenti in attesa, perché si deve assegnare la priorità o un codice colore superiore nel momento in cui vi sia un peggioramento della condizione. Inoltre, serve anche a valutare l'efficacia o meno dell'intervento attuato, se realizzato.

Si deve somministrare o la stessa scala di valutazione fornita precedentemente, o la "Scala del sollievo dal dolore". È uno strumento alternativo, una variante della scala numerica verbale (VNRS), dove agli estremi ci sono in questo caso, "nessuno sollievo" e "sollievo completo", andando da 0 a 10 come l'altra scala. Il parametro va aggiunto in cartella o nella documentazione di triage ogni volta che viene rivalutato. I momenti adatti per la rivalutazione del dolore sono: il momento di accesso in sala visita (al pari degli altri parametri), dopo sessanta minuti dalla somministrazione della terapia analgesica, ogni ora durante la permanenza in Pronto Soccorso e ogni volta che viene sollecitato dal paziente durante la permanenza.

1.1 INTERVENTI NON FARMACOLOGICI

L'infermiere al triage deve, durante tutta l'attesa del paziente, far sì che non rimanga sofferente nella sua condizione. Questo non prevede solo un trattamento farmacologico, ma a volte risulta più utile una gestione priva di terapia analgesica.

Innanzitutto, la rassicurazione e un atteggiamento empatico possono aiutare ad alleviare un po' il dolore. Per calmare l'ansia sono utili eventuali spiegazioni riguardo le probabili cause del dolore e sulla possibile evoluzione della situazione. La gestione di questi aspetti, insieme all'uso di tecniche psicologiche come la distrazione sono necessari per alleviare la sofferenza durante l'attesa. Soprattutto se il paziente è pediatrico, può risultare utile farlo attendere in un ambiente che sia rassicurante, insieme ai propri genitori.

Oltre all'aspetto psicologico c'è quello fisico, per cui, in base alla sede, la causa e il tipo di dolore si può: applicare ghiaccio localmente, immobilizzare eventuali fratture o parti del corpo lese, elevare la parte dolente o posizionare l'eventuale arto in scarico, consigliare una giusta postura, far assumere la posizione antalgica che risulti migliore per l'assistito, eseguire la medicazione di una ferita o lesione e irrigare eventuali

Il controllo del dolore viene considerato soddisfacente con un punteggio NRS ≤ 4

È importante che il paziente venga adeguatamente informato sull'uso di queste scale di valutazione prima dell'intervento e che la valutazione sia eseguita sia in condizioni di riposo che durante attività come la tosse, la respirazione profonda ed il movimento.

Valutare inoltre la comparsa di dolore intenso ed imprevisto specie se improvviso od associato ad alterazioni di segni vitali come oliguria, ipotensione, tachicardia, febbre.

6.1 TERAPIA ANALGESICA: i farmaci utilizzati nella terapia analgesica sistemica sono: Paracetamolo, Farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS), Oppioidi minori, Oppioidi maggiori, Anestetici locali.

Si raccomanda di evitare tecniche di infusione continua prive di

sistemi di controllo del flusso e di adottare un sistema di registrazione del dolore, dell'efficacia della analgesia e degli effetti collaterali (livello di raccomandazione A)

- a. Paracetamolo: svolge azione centrale senza effetti sul tratto gastro-intestinale, con scarsa interferenza sulla aggregazione piastrinica. Epatotossico.
Dosaggio per os: 1 gr. ogni 6-8 h Dosaggio e.v.: 1 gr. Ogni 6-8 h in bolo. L'associazione con FANS aumenta l'efficacia analgesica, come anchel'associazione con Codeina e Tramadolo. Controindicato in insufficienza epatica grave.
- b) FANS: Sono efficaci nel dolore di media entità ed in associazione con oppioidi nel dolore moderato-grave, l'utilizzo di FANS riduce il fabbisogno di Oppioidi (livello A). Controindicati nei pazienti con patologia ulcerosa, nell'insufficienza renale con Creatinina >1,8, nelle coagulopatie, Terapia anticoagulante orale e terapia antiaggregante
- c. Morfina agisce inibendo direttamente il sistema nocicettivo ascendente, attiva il sistema di controllo del dolore discendente, inibisce la trasmissione del dolore a livello talamico, inibisce la liberazione di mediatori infiammatori in periferia. I maggiori effetti collaterali sono: depressione respiratoria nausea e vomito, rallentamento della peristalsi, ritenzione urinaria. Va dosata più in funzione dell'età che del peso: in pazienti tra 20 e 70 anni fabbisogno nelle 24h in mg di Morfina = 100-Età
- d. Tramadolo: analgesico centrale di sintesi efficace nel dolore moderato ma non grave. Provoca minor depressione respiratoria rispetto agli altri oppioidi maggiori e ha scarso effetto sulla motilità intestinale e sullo svuotamento gastrico (livello B). Adatto nei pazienti con funzionalità cardiaca o epatica e renale compromesse ed inoltre in pazienti che non possono utilizzare FANS. Effetti collaterali più comuni sono nausea e vomito. Controindicato in pazienti con anamnesi per epilessia.
- e. Ossicodone: è un oppioide di sintesi. Nel confronto con il farmaco di riferimento, la morfina cloridrato l'ossicodone ha dimostrato da subito di essere almeno equipotente (rapporto 1:1). Dopo l'assorbimento, l'ossicodone si distribuisce in tutto il corpo concentrandosi nel SNC in misura sei volte maggiore rispetto a quella della morfina. Questo meccanismo spiega la velocità di azione dell'ossicodone, maggiore rispetto a quella della morfina, con conseguente rapida azione analgesica. Il catabolismo epatico dell'ossicodone avviene attraverso il citocromo CYP3A4. L'ossicodone si caratterizza anche per l'elevata tollerabilità in particolare per la ridotta incidenza di nausea e vomito;

anche la sedazione indotta è minore rispetto alla morfina. La dose va stabilita considerando che 2 mg di ossicodone orale equivalgono ad 1 mg di ossicodone parenterale.

Uso e.v. :somministrare in bolo una dose da 1 a 10 mg, lentamente per 1-2 minuti

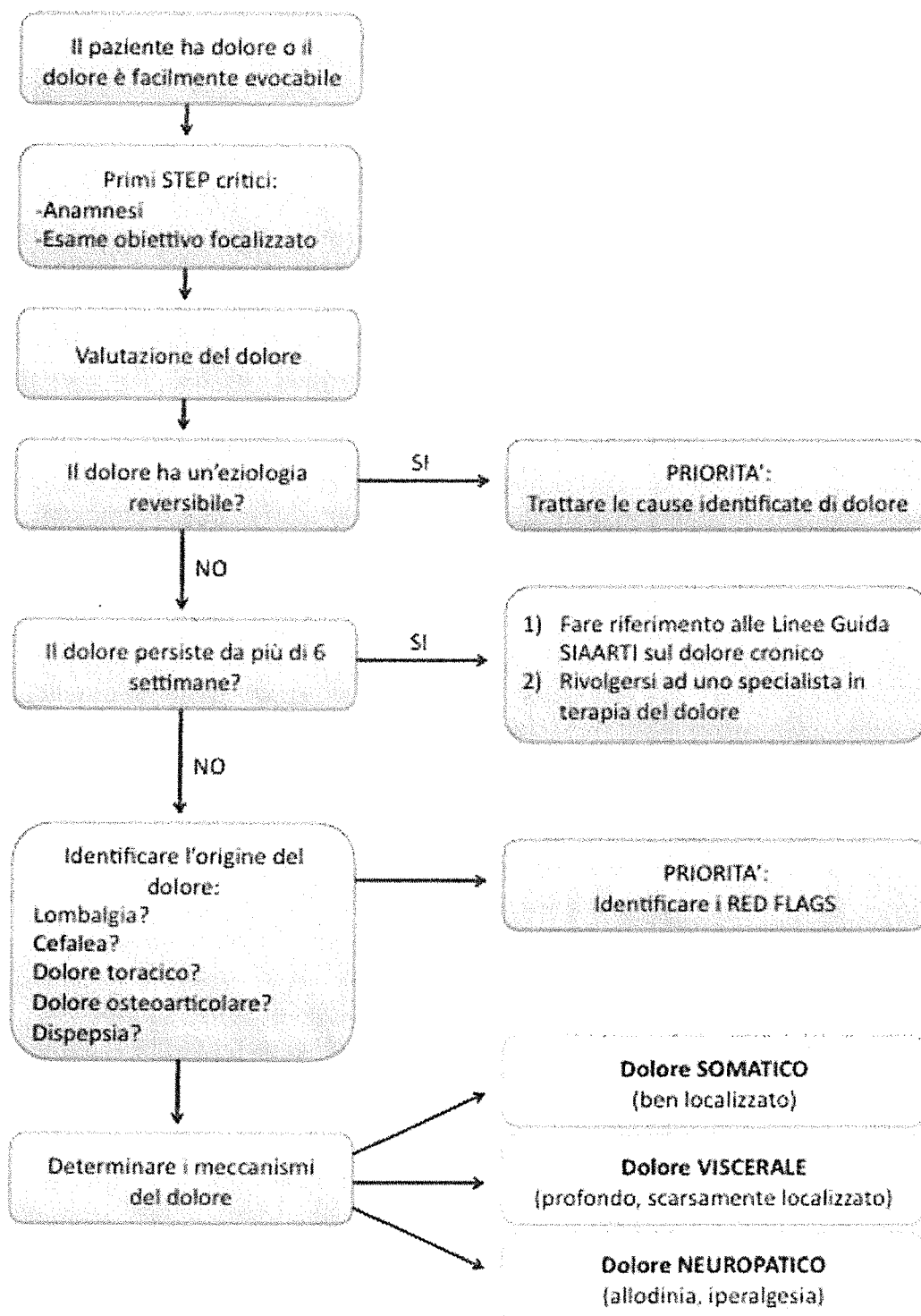
- f. Evidenze scientifiche per i principali interventi farmacologici utilizzati nel trattamento del Dolore al ps
- g. FANS orale in monoterapia: (livello di raccomandazione) B Efficace per il dolore da lieve a moderato. Relativamente controindicato in pazienti neuropatici e con rischio di coagulopatia. Può mascherare la febbre
- h. FANS orale in associazione a oppioide (livello di raccomandazione) A
- i. Effetto sinergico che permette risparmio di oppiacei. Usare le cautele sopra riferite
- j. FANS parenterale (livello di raccomandazione) B Efficace per il dolore da moderato a grave. Utile in molti casi come alternativa agli oppiacei
- k. OPPIACEO orale (livello di raccomandazione) E Efficace, a dosi adatte, come la via parenterale. Utilizzare non appena praticabile la via orale
- l. OPPIACEO intramuscolare (livello di raccomandazione) B
- m. Le iniezioni sono dolorose e l'assorbimento non è sicuro
- n. OPPIACEO sottocute (livello di raccomandazione) B Preferibile alla via intramuscolare quando è necessaria un'infusione continua a basso volume e l'accesso venoso è difficile da mantenere. Le iniezioni sono dolorose e l'assorbimento non è affidabile.
- o. OPPIACEO endovenoso (livello di raccomandazione) B
- p. E' la via di elezione per il dolore maggiore. E' adatta per la somministrazione in bolo o continua, ma richiede un monitoraggio. Se la dose non è appropriata esiste un rischio significativo di depressione respiratoria

CONDIZIONI SPECIALI Anziano Nei dipartimenti di emergenza i pazienti anziani, che lamentano dolore, hanno meno probabilità di ricevere analgesici rispetto ai più giovani [50,51]. In presenza di dolore lieve-moderato il

paracetamolo 1000 mg per os 3 volte al giorno ovvero il paracetamolo iniettabile e.v. alla dose di 500-1000 mg ogni 6 ore è il farmaco di prima scelta. Le associazioni di paracetamolo con oppioidi deboli (codeina o tramadolo) [29] sono una valida alternativa [52]. I FANS non dovrebbero essere considerati agenti di prima linea e dovrebbero essere utilizzati con estrema cautela negli anziani, perché associati ad insufficienza renale ed incrementato rischio di sanguinamento dell'alto tratto gastroenterico [53]. Tra i FANS, l'ibuprofene è la scelta più ragionevole, la sicurezza è massima se si utilizza per breve tempo alla più bassa dose efficace (200-400 mg per os 3-4 volte al giorno) [54-55]. Negli anziani i FANS ed i COX-2 inibitori dovrebbero essere sempre prescritti in associazione con un inibitore di pompa protonica [56]. In presenza di dolore severo il farmaco di prima scelta nell'anziano rimane la morfina alla dose iniziale di 0,05 mg/Kg e.v. Paziente in gravidanza Le gestanti sono a rischio di non ricevere un adeguato trattamento del dolore o di non riceverne alcuno, per il diffuso timore associato all'utilizzo di farmaci in gravidanza. Gli analgesici più comunemente utilizzati in gravidanza sono il paracetamolo, i FANS e gli oppioidi [57]. In accordo con la Food and Drug Administration (FDA), il paracetamolo a dosi terapeutiche è sicuro in tutti gli stadi della gravidanza ed è classificato nella Categoria di Rischio B [58]. Anche la maggior parte dei FANS sono classificati nella Categoria di Rischio B; tuttavia diversi trials hanno mostrato che l'esposizione prenatale ai FANS può incrementare il rischio di anomalie strutturali (difetto del setto interventricolare, ernia diaframmatica, ritardo di crescita intrauterina) [59, 60]. Pochi dati sono disponibili sui COX 2 inibitori, per questo vengono classificati nella Categoria di Rischio C. Gli oppioidi sono stati studiati prevalentemente nel terzo trimestre (analgesia da parto), pertanto poche informazioni sono disponibili sulla loro possibile teratogenicità. Tramadolo e codeina sono nella Categoria di Rischio C; fentanyl, morfina e ossicodone (Categoria di Rischio B) sono tutti egualmente efficaci, ma dovrebbero essere utilizzati con prudenza, soprattutto se la gravidanza è a termine, per il rischio di depressione respiratoria neonatale e/o della sindrome da astinenza neonatale [61]. Nell'ultima fase della gravidanza, gli oppioidi sono nella Categoria di Rischio D. Non esistono analgesici nella Categoria di Rischio A.

DIAGNOSI

Algoritmo per la diagnosi ed il trattamento del dolore in emergenza



Scheda di prescrizione somministrazione e monitoraggio

	7-14	14-21	21-07	7-14	14-21	21-07	7-14	14-21	21-07	7-14	14-21	21-07
NRS/VRS												
PA												
FC												
SaO2												
Sensorio												
PONV												
Blocco motorio												
Analgesico Di salvataggio												
Firma dell'operatore												

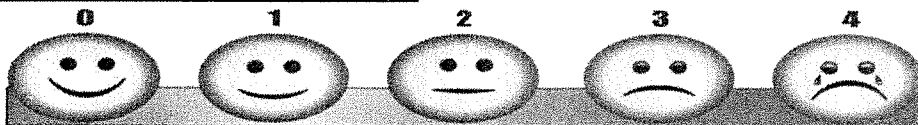
ADULTI	intensità riferita del dolore (*)											
NRS (SCALA NUMERICA)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
VRS	assente	lieve			moderato			forte		insopportabile		

PONV (nausea e vomito postoperatorio): **0**= NO PONV **1**= Nausea occasionale **2** = Nausea continua **3**= Vomito

Sensorio : **0** = pz ansioso e molto agitato **1** = pz sveglio collaborante **2** = assopito risvegliabile verbalmente **3** = Assopito, risvegliabile con stimoli fisici **4** = Assopito difficilmente risvegliabile

BAMBINI DAI 3 AI 7

Si tratta il dolore dalla faccina 2 in poi



0 = non fa male ; 1 = fa poco male ; 2 = fa male ; 3 = fa molto male ; 4 = fa malissimo

SCALA DI PAINAD (PER PAZIENTI NON COLLABORANTI)

	0	1	2
RESPIRO (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato, Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
VOCALIZZAZIONE	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti, Pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
CONSOLABILITA'	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Punteggio:

0 = nessun dolore

10= massimo dolore

TABELLA DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO:

LIVELLO DI DOLORE	TRATTAMENTO ANALGESICO
NRS 1-3	<u>PAZIENTE ADULTO</u> PARACETAMOLO 1 G (MAX 3 G AL GIORNO) FANS
	<u>PAZIENTE PEDIATRICO (3 -10 ANNI)</u> SCIROPPO (30 MG OGNI ML) 10-15 MG /KG (RIPETIBILE OGNI 6 ORE) SUPPOSTE 10-15 MG /KG (RIPETIBILE OGNI 6 ORE) (DOSE DI SICUREZZA 90 MG/KG AL GIORNO) IBUPROFENE 4-10MG/KG (RIPETIBILE OGNI 8 ORE)
NRS 4-6	<u>PAZIENTE ADULTO</u> PARACETAMOLO 1 G (MAX 3 G AL GIORNO) PARACETAMOLO IN ASSOCIAZIONE CON OPPIOIDI DEBOLI PER VIA ORALE: PARACETAMOLO/CODEINA 500/30 MG (RIPETIBILE OGNI 6 ORE) PARACETAMOLO/TRAMADOLO 325/37,5 MG (RIPETIBILE OGNI 6 ORE) FANS
	<u>PAZIENTE PEDIATRICO (3-10 ANNI)</u> PARACETAMOLO E.V 15MG/KG (RIPETIBILE OGNI 6 ORE).LA DOSE MASSIMA GIORNALIERA NON DEVE SUPERARE 60 MG/KG(SENZA SUPERARE I 2 GR DIE) PARACETAMOLO/CODEINA: SCIROPPO (25/1,5 MG OGNI ML) 1 ML OGNI 4 KG DI PESO CORPOREO (RIPETIBILE OGNI 6 ORE)
NRS 7-10	<u>PAZIENTE ADULTO</u> OPPIOIDI : MORFINA BOLI 4 MG RIPETIBILE DOPO 30 MINUTI OPPURE OSSICODONE 4 MG RIPETIBILE DOPO 30 MINUTI SOTTO MONITORAGGIO CLINICO E STRUMENTALE PUO ESSERE ASSOCIATO IL FANS (ES. KETORALAC 30 MG X 3 AL GIORNO, MASSIMO 90 MG AL GIORNO).E ALLA TACHIPIRINA 1 gr X3/DIE
	<u>PAZIENTE PEDIATRICO (3-10 ANNI)</u> <u>MORFINA 0,05-0,1 mg/kg/</u> RIPETIBILE DOPO 30 MIN DA SOLO O IN ASSOCIAZIONE CON: <u>PARACETAMOLO 15 MG/KG X 3</u> VOLTE AL GIORNO; DOSE MASSIMA 90 MG/KG/DIE OPPURE : <u>TRAMADOLO 1-2MG/KG 3-4</u> VOLTE AL GIORNO ; NON SUPERARE IL DOSAGGIO MASSIMO DI 6 MG/KG + <u>PARACETAMOLO</u> COME SOPRA



PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

**Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi**

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

☒ Immediatamente esecutiva dal 21 OTT. 2025
Agrigento, li 21 OTT. 2025

**Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi**

S. Terrasi

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li _____

**Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi**