

Traduzione di Roberta Baratti

Centro Studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi - Italia

[www.ebn1.it](http://www.ebn1.it) - [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it)



February 2007

*Nursing Best  
Practice Guideline*  
Shaping the future of Nursing



*Assessment and Management of Pain  
Supplement*



## *Accertamento e gestione del **dolore** - Supplemento Ora in ITALIANO!*

### **Revision Panel Members**

**Doris Howell, RN, PhD**

**Team Leader**

Chair in Oncology, Nursing Research  
University Health Network – Princess  
Margaret

Hospital Toronto, Ontario

**Maria Beadle, RN, CHPCN(c)**

Palliative Care Nurse Clinician

St Joseph's Health Care – Parkwood Hospital  
London, Ontario

**Ann Brignell, RN, CHPCN(c)**

Palliative Pain & Symptom Management  
Consultation Program Lambton & Kent  
Counties

Sarnia, Ontario

**Marilyn Deachman, RN, BA, CHPCN(c)**

Consultant/Educator

Oakville, Ontario

**Heike Lackenbauer, RN, BScN, CHPCN(c)**

Clinical Coordinator and Educator

Lisaard House

Cambridge, Ontario

**Salima Ladak, RN, BScN, MN, ACNP**

Acute Pain Service, TGH

Coordinator, UHN Pain APN Network

University Health Network – Toronto General  
Hospital

Toronto, Ontario

**Andrea Martin, RN**

Network Director

WWD Hospice Palliative Care Network  
Kitchener, Ontario

**Janice Muir, RN, BSc, BSN, MSc(N)**

Clinical Nurse Specialist, Pain

Providence Health Care

Vancouver, British Columbia

**Shirley Musclow, RN, MN, ACNP**

Chair: Canadian Pain Society Special Interest  
Group – Nursing Issues

Nurse Practitioner, Acute Pain Service

The Scarborough Hospital

Scarborough, Ontario

**Lori Palozzi, RN, MScN, ACNP**

Anaesthesia Pain Service

The Hospital for Sick Children

Toronto, Ontario

**Sharon Preston, RN, CHPCN(c)**

Coordinator/Educator

Palliative Care Integration Project  
Yarker, Ontario  
**Suzanne Watt, RN, MSc(A), CON(c)**  
Clinical Nurse Specialist – Pain Management  
McGill University Health Centre – Royal  
Victoria  
Hospital Site  
Montreal, Quebec  
**Judy Watt-Watson, RN, PhD**  
Professor and Associate Dean – Academic  
Programs

University of Toronto, Faculty of Nursing  
Toronto, Ontario  
**Karen Winter, RN, BscN, MN(cand)**  
Pain Management Nurse  
Royal Victoria Hospital  
Barrie, Ontario  
**Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)**  
Program Manager  
Nursing Best Practice Guidelines Program  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

## ***Supplemento integrativo***

Questo supplemento è il risultato della revisione della Linea guida di miglior pratica infermieristica sulla Valutazione e Gestione del dolore, prevista dopo tre anni. Il materiale supplementare è stato integrato nel tentativo di fornire al lettore l'evidenza attuale a sostegno della pratica. Similmente alla pubblicazione originaria della linea guida, questo documento necessita di essere revisionato ed applicato, basandosi sui bisogni specifici dell'organizzazione o del setting pratico, come pure su bisogni e desideri del cliente. Questo supplemento dovrebbe essere usato insieme alla linea guida come uno strumento per assistere la decisione di una cura personalizzata del cliente, così come per accertarsi che in loco vi siano le strutture ed i supporti adatti a fornire la miglior cura possibile.

Il dolore continua ad essere una sfida per una gestione efficace e rimane un obiettivo prioritario per la cura del paziente. Nella professione infermieristica attualmente è evidente una maggiore consapevolezza della gestione del dolore. Le iniziative che hanno contribuito a questa maggiore consapevolezza includono, ma non in senso limitativo: Settimana Nazionale della Consapevolezza del Dolore, l'inclusione di indicatori del dolore nel *Canadian Council of Health Service Accreditation Standards*, un programma di studi sulla formazione infermieristica modificato dall'*International Association for the Study of Pain* ([www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)), e standards di cura forniti dalla *Canadian Pain Society*. Una revisione della letteratura più recente e delle linee guida sul dolore, pubblicate negli ultimi 3-4 anni, non suggeriscono cambiamenti importanti al nostro approccio alla gestione del dolore, ma piuttosto alcuni perfezionamenti ed un aumento della forza delle evidenze che lo sostengono.

## ***Processo di revisione***

La Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) si è presa l'impegno di assicurare che questa linea guida pratica fosse basata sulle migliori evidenze disponibili. Per portare a termine questo impegno, per ogni linea guida è stato stabilito di effettuare il monitoraggio ed un processo di revisione ogni 3 anni. I componenti del panel di revisione (esperti provenienti da molte realtà pratiche) si sono dati il mandato di revisionare la linea guida focalizzandosi sulle raccomandazioni e sullo scopo originale della linea guida.

I membri del panel hanno considerato criticamente sette linee guida sul topic della valutazione gestione del dolore, usando *l'Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE, Collaboration, 2001)*. (Valutazione della Linea Guida per la ricerca e la valutazione). Da questa revisione, sono state identificate due linee guida per effettuare il processo di revisione.

Queste guide di riferimento sono:


- *American Pain Society. (2005). Guideline for the management of cancer pain in adults and children. Glenview (IL): American Pain Society (APS).*
- *Institute for Clinical Systems Improvement (2006). Assessment and management of acute pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).*

## Definizioni

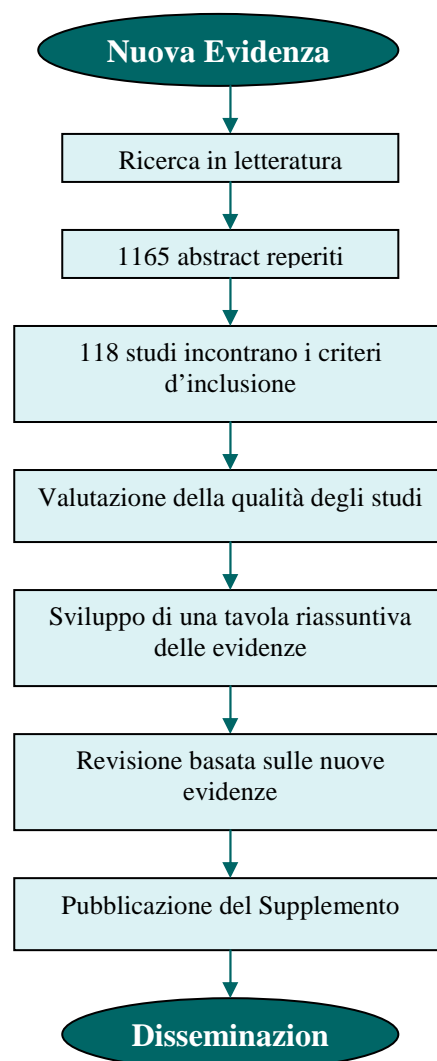
In questo supplemento, il termine “dolore cronico,, è stato aggiornato con “dolore persistente,, e gli “effetti secondari,, vengono ora definiti come “effetti avversi,, per riflettere la terminologia attualmente in uso.


## Sommario delle Evidenze


La parte seguente riflette le evidenze revisionate sia che supportino le raccomandazioni della linea guida originale, sia che forniscano le evidenze per la revisione. Con il processo di rivisitazione, non è stata cancellata nessuna raccomandazione. Tuttavia, parecchie raccomandazioni erano accorpate, e un certo numero è stato ripetuto per chiarezza o per riflettere la nuova conoscenza



- ✓ invariato
-  modificato
- + ulteriori informazioni
- NEW nuove raccomandazioni

## Processo di Riesame/Revisione Flow Chart (Diagramma di flusso)





Raccomandazioni per la Pratica	
<b>Raccomandazioni per la pratica. Parte A: Valutazione</b>	
□ Screening per il dolore	
<p><b>1. Selezionare tutte le persone a rischio di dolore almeno una volta al giorno (quando si intraprendono altre valutazioni sistematiche), interrogando la persona o la famiglia/curatore riguardo alla presenza di dolore, o di disagio. Nelle situazioni in cui l'individuo non è in grado di parlare, usare gli indicatori comportamentali per identificare la presenza di dolore.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per evidenziare l'esigenza dello screening da effettuare durante le altre valutazioni di routine, o mentre si eroga l'assistenza, per tutti gli assistiti. Il dolore è considerato, a livello nazionale ed internazionale, come il quinto segno vitale (riferimento - Declan, Walsh &amp; Davis) e fare lo screening di tutti i clienti con dolore sostiene questo approccio. Viene inoltre enfatizzato il focus sullo screening con l'uso di indicatori comportamentali nei cliente che non parlano.</p>	+


<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b>          APS, 2006; Bird, 2003; Brown, 2004; Cavender et al., 2004; ICSI, 2006 ; Malviya et al., 2006; VanDijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002 ; Voepel-Lewis et al., 2002; Doris to send article to upgrade level of evidence.</p>	
<p><b>Raccomandazioni per la pratica. Parte A: Valutazione</b>          □ Parametri di Valutazione del Dolore</p>	
<p><b>2. Il self-report è la fonte primaria della valutazione per le persone con facoltà cognitive e verbali intatte. La famiglia/curatore possono riferire per il dolore nel caso di bambini e adulti che non siano in grado di fornire un self-report.</b>  <i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b>          Bird, 2003; Brown, 2004; Cavender et al., 2004; Kaasalainen &amp; Crook, 2003; Kleiber et al., 2001; Malviya et al., 2006; VanDijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>3. Un sistematico e convalidato strumento di valutazione del dolore viene selezionato per valutare i seguenti parametri di base di dolore:</b>  <i>Grado di raccomandazione = C</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>localizzazione del dolore;</i></li> <li>▪ <i>effetti del dolore sulle funzioni e le attività di vita quotidiane (es. lavoro, interferenza con le attività usuali, ecc.);</i></li> <li>▪ <i>livello del dolore a riposo e durante l'attività;</i></li> <li>▪ <i>uso di farmaci ed effetti avversi;</i></li> <li>▪ <i>fattori provocanti o precipitanti;</i></li> <li>▪ <i>qualità del dolore (che parole usa la persona per descrivere il dolore? - fa male, pulsa);</i></li> <li>▪ <i>irradiazione del dolore (il dolore si estende dal punto di insorgenza?);</i></li> <li>▪ <i>severità del dolore (intensità, scala 0-10), sintomi correlati al dolore; e frequenza (occasionale, intermittente, costante).</i></li> </ul>	
<p>L'enunciato della raccomandazione è stato cambiato. I parametri di base per la valutazione del dolore continuano ad essere importanti e sostenuti dalla letteratura, ma ci sono vari metodi di approccio alla valutazione dei parametri del dolore, oltre al PQRST. Sono stati aggiunti parametri supplementari della valutazione del dolore per assicurare che la raccomandazione fosse completa. Questi includono, per esempio, gli effetti avversi relativi all'uso del farmaco e tutti i sintomi dolorosi sofferti dall'individuo.          Fare riferimento a quanto aggiunto all'Appendice C per gli esempi di mnemotecniche supplementari che possono essere usate per un approccio ad una valutazione di base del dolore.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b>          Bird, 2003; Brown, 2004; Kleiber et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>4. L'intensità del dolore viene valutata con uno strumento standardizzato, di cui è stata stabilita la validità.</b>  <i>Grado di Raccomandazione = A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Visual Analogic Scale (VAS);</i></li> <li>▪ <i>Numeric Rating Scale (NRS);</i></li> <li>▪ <i>Verbal Scale;</i></li> <li>▪ <i>Faces Scale;</i></li> <li>▪ <i>Behavioural Scale.</i></li> </ul>	✓
<p>Il grado della raccomandazione è stato modificato dalla C ad A, in base all'evidenza della ricerca che sostiene l'uso di uno strumento validato per la valutazione del dolore.</p>	+

<p>La selezione di uno appropriato strumento di valutazione del dolore è basata sul suo essere appropriato all'uso con la popolazione dei pazienti (Bird, 2001). Notare che ci sono state alcune revisioni degli strumenti incluse nell'appendice che supporta questa raccomandazione – fare riferimento all'appendice B del supplemento per un sommario degli strumenti di valutazione supplementare per la popolazione pediatrica.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Bird, 2001; Bird, 2003; Brown, 2004; Cavender et al., 2004; Jensen et al., 2002; Kleiber et al., 2001; Krulewitch et al., 2000; Malviya et al., 2005; VanDijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al.; 2002</p>	
<p><b>5. La valutazione del dolore nelle popolazioni dei pazienti che non possono fornire un self-report (incapaci di comunicare), possono includere degli indicatori comportamentali usando, se appropriato, le misure standardizzate e gli indicatori fisiologici.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per rispecchiare un focus sull'uso degli indicatori standardizzati del comportamento nella valutazione del dolore in pazienti non-comunicativi, completata dagli indicatori fisiologici, quando appropriati. Fare riferimento all'appendice E di questo supplemento per un esempio di strumento per sostenere la valutazione degli indicatori comportamentali in adulti non in grado di parlare.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Bird, 2003; Brown, 2004; Cavender et al., 2004; Feldt, 2000; Kaasalainen &amp; Cook 2003; Kleiber et al., 2001; Krulewitch et al., 2000; Malviya et al., 2006; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>Raccomandazioni di pratica. Parte A: Valutazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Valutazione Completa del Dolore</li> </ul>	
<p><b>6. I seguenti parametri fanno parte di una valutazione completa del dolore:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>esame fisico, dati diagnostici e di laboratorio rilevanti;</i></li> <li>▪ <i>effetti e comprensione della malattia attuale;</i></li> <li>▪ <i>storia del dolore;</i></li> <li>▪ <i>significato del dolore e del disagio causato dal dolore (attuale e precedente);</i></li> <li>▪ <i>risposte per far fronte allo stress e al dolore;</i></li> <li>▪ <i>effetti sulle attività di vita quotidiana;</i></li> <li>▪ <i>effetti psicosociali e spirituali;</i></li> <li>▪ <i>variabili psicologiche e sociali (ansia, depressione);</i></li> <li>▪ <i>fattori situazionali – cultura, linguaggio, fattori etnici, effetti economici del dolore e del trattamento;</i></li> <li>▪ <i>preferenze e aspettative/credenze, miti della persona, circa i metodi di gestione del dolore;</i></li> <li>▪ <i>preferenze e risposte della persona a ricevere le informazioni relative alla propria diagnosi e al dolore.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per dare risalto alla passata esperienza di dolore della persona come componente di una valutazione completa del dolore. L'esperienza del dolore precedente e la storia di dolore possono influenzare l'attuale condizione di dolore. Di conseguenza, la storia di dolore e tutto il disagio che ne risulta dovrebbero far parte di una valutazione completa del dolore.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Alamo et al., 2002; APS, 2005; Bird, 2003; Brown, 2004; ICSI, 2006; Kleiber et al., 2001; Krulewitch 2000; VanDijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002</p>	+






<p><b>Raccomandazioni di pratica. Parte A: Valutazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Rivalutazione e valutazione continua del dolore.</li> </ul>	
<p><b>7. Il dolore è rivalutato in maniera regolare secondo il tipo e l'intensità di dolore e del programma di trattamento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>L'intensità del dolore e le funzioni (impatto sulle attività) sono rivalutate ogni volta che viene riferito un nuovo dolore e ad ogni nuova procedura, quando aumenta l'intensità e quando il dolore non è alleviato da strategie precedentemente efficaci.</i></li> <li>▪ <i>L'efficacia dell'intervento (sia farmacologico che non-farmacologico) è rivalutata dopo che l'intervento ha raggiunto l'effetto massimo (per esempio, per gli oppioidi: 15-30 minuti dopo la terapia parenterale di oppioidi; 1 ora dopo il rilascio immediato dell'analgescico).</i></li> <li>▪ <i>Il dolore postoperatorio acuto dovrebbe essere valutato regolarmente come determinato dal funzionamento e della severità di dolore, ogni volta che viene riferito un nuovo dolore o in caso di dolore inatteso e dopo ogni analgesico, secondo il tempo di effetto massimo</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione della raccomandazione è stata cambiata per enfatizzare la necessità che l'infermiere conduca una rivalutazione di intensità/gravità del dolore successivo all'implementazione di un intervento per il dolore (farmacologico o non-farmacologico) per determinarne l'efficacia.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b>  APS, 2005; Bird, 2003; Brown, 2004; Jensen &amp; Chen, 2002; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>8. I seguenti parametri dovrebbero essere monitorati di continuo nelle situazioni persistenti di dolore:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>intensità, qualità e localizzazione del dolore attuale;</i></li> <li>▪ <i>intensità del dolore massimo nelle ultime 24 ore, a riposo e in movimento;</i></li> <li>▪ <i>estensione del sollievo del dolore raggiunta - risposta (riduzione sulla scala di intensità del dolore);</i></li> <li>▪ <i>barriere all'implementare il programma di trattamento;</i></li> <li>▪ <i>effetti del dolore sulle ADL, sul sonno e sull'umore;</i></li> <li>▪ <i>effetti avversi dei farmaci per il trattamento di dolore (nausea, costipazione);</i></li> <li>▪ <i>livello di sedazione;</i></li> <li>▪ <i>strategie usate per alleviare il dolore, sia farmacologiche che non-farmacologiche.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata modificata per chiarire che i parametri qui sopra esposti fanno parte della rivalutazione continua degli assistiti nelle situazioni di dolore persistente.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b>  Bird, 2003; Brown, 2004; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>9. Un dolore intenso e inatteso, specialmente se improvviso o collegato con alterazione dei segni vitali quali ipotensione, tachicardia, o febbre, deve essere valutato immediatamente.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b>  APS, 2005</p>	+
<p><b>Raccomandazioni di pratica. Parte A: Valutazione</b></p>	



<p>□ Documentazione della Valutazione del Dolore</p>	
<p><b>10. Documentare usando un format standardizzato che metta in luce l'esperienza di dolore della persona, specifica per la popolazione e per il setting di cura. Gli strumenti della documentazione includeranno:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valutazione iniziale, valutazione completa e rivalutazione.</li> <li>▪ Strumenti di monitoraggio per rintracciare l'efficacia dell' intervento (scala 0-10).</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✎
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Bird, 2003; Brown, 2004; Kaasalainen &amp; Crook, 2003; Van Dijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>11. Documentare la valutazione in modo regolare e routinario su format standardizzati per tutti i clinici coinvolti nella cura.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Bird, 2003; Brown, 2004; Van Dijk et al., 2002</p>	+
<p><b>12. Insegnare alle persone e alle famiglie (come osservatori prossimi) a documentare, su strumenti appropriati, la valutazione del dolore quando viene fornita la cura. Questo faciliterà il loro contributo al programma di trattamento e promuoverà la continuità della gestione efficace del dolore attraverso tutti i setting.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Bird, 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>Raccomandazioni di pratica. Parte A: Valutazione</b></p> <p>□ Comunicare i risultati della Valutazione del Dolore</p>	
<p><b>13. Convalidare con le persone/curatori i risultati della valutazione del dolore (degli operatori sanitari e della persona/curatore) che riflettano l'individuale esperienza di dolore.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Alamo et al., 2002; Bird, 2003; Brown, 2004; VanDijk et al., 2001; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>14. Comunicare ai membri del team interdisciplinare i risultati della valutazione del dolore descrivendo i parametri del dolore ottenuti con l'uso di uno strumento di valutazione strutturato, il sollievo o la mancanza di sollievo ottenuti dai metodi di trattamento, inoltre gli effetti avversi correlati, gli obiettivi della persona per il trattamento del dolore e l'effetto del dolore sulla persona.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✎
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per dare risalto alla necessità di includere, nella comunicazione fornita ai membri del team, gli effetti avversi sperimentati dalla persona, in relazione al trattamento fornito.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Brown, 2004; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>15. Sostenere, a nome della persona, i cambiamenti al programma di trattamento se il dolore non si allevia. L'infermiere interverrà nella discussione con il team interdisciplinare sanitario per quanto riguarda la necessità accertata di cambiare il programma di trattamento. L'infermiere sostiene le sue raccomandazioni con evidenze</b></p>	✓

<p><i>appropriate, fornendo una spiegazione razionale per l'esigenza del cambiamento, includendo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>l'intensità del dolore usando una scala validata;</i></li> <li>▪ <i>cambiamento del grado di gravità del dolore nelle ultime 24 ore;</i></li> <li>▪ <i>il cambiamento della gravità e della qualità del dolore dopo somministrazione dell'analgescico e lunghezza della durata del periodo antalgico;</i></li> <li>▪ <i>quantità di farmaco regolare e di "soccorso" per il dolore assunta nelle ultime 24 ore;</i></li> <li>▪ <i>obiettivi della persona per il sollievo del dolore;</i></li> <li>▪ <i>effetto del dolore invariato sulla persona;</i></li> <li>▪ <i>presenza/assenza di effetti avversi o di tossicità;</i></li> <li>▪ <i>suggerimenti per i cambiamenti specifici al piano di trattamento sostenuti dall'evidenza.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Brown, 2004; Cavender et al., 2004; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>16. Fornire istruzioni alla persona/curatore su:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>l'uso di un'agenda o di un diario per annotare il dolore (fornire uno strumento);</i></li> <li>▪ <i>l'importanza di comunicare il dolore invariato al clinico competente e di dare sostegno nel difendere i propri interessi.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per riflettere quello che la comunicazione relativa al dolore invariato dovrebbe essere diretto verso il clinico adatto, non esclusivamente il medico.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Bird, 2003; Brown, 2004; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>17. Segnalare le situazioni di dolore invariato come responsabilità etica usando mezzi appropriati di comunicazione nell'organizzazione, compreso la documentazione del fornitore di assistenza e dell'individuo.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Brown, 2004; Van Dijk et al., 2002</p>	+
<p><b>18. Fare riferimento alle persone con dolore persistente che non è alleviato dopo i seguenti principi standard della gestione di dolore:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>un membro clinico del team esperto nel trattamento di un particolare tipo di dolore;</i></li> <li>▪ <i>un team multidisciplinare che richiama fattori emozionali, psico/sociali, spirituali e fattori medici concomitanti complessi.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per dare risalto alle persone con dolore persistente invariato a tutti i membri del team clinico esperti nella valutazione e nella gestione del dolore. Il cambiamento della dicitura è solo per chiarificazione e non vi è stato un cambiamento nell'intenzione della raccomandazione.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Cavender et al., 2004; Kleiber et al., 2001</p>	+
<p><b>Raccomandazioni per la Pratica Parte B: Gestione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Stabilire un Piano di Gestione del Dolore</li> </ul>	





<p><b>19. Stabilire un programma per la gestione, in collaborazione con i membri del team interdisciplinare, che sia coerente con gli obiettivi della famiglia e della persona per il sollievo del dolore, e che prenda in considerazione i seguenti fattori:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ risultati della valutazione;</li> <li>▪ caratteristiche di base del dolore;</li> <li>▪ fattori fisici, psicologici e socioculturali che modellano l'esperienza in dolore;</li> <li>▪ eziologia;</li> <li>▪ strategie farmacologiche e non-farmacologiche più efficaci;</li> <li>▪ interventi di gestione; e</li> <li>▪ programmi di trattamento primario attuali e futuri.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Brown, 2004; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>20. Fornire agli individui ed alle famiglie/fornitori di cura una copia scritta del programma di trattamento per promuovere la loro risoluzione e partecipazione attiva all'amministrazione di dolore. Il programma sarà registrato secondo i risultati della valutazione e della rivalutazione. I cambiamenti al programma di trattamento saranno documentati e comunicati a tutti gli addetti all'esecuzione del programma.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Alamo et al., 2002; Brown, 2004; Van Dijk et al., 2002; Voepel-Lewis et al., 2002</p>	+
<p><b>Raccomandazioni per la Pratica Parte B : Gestione Farmacologica del Dolore</b></p> <p>□ Selezione degli Analgesici Adatti</p>	
<p>Nota: Le raccomandazioni in questa sezione sono state riordinate per riflettere più attentamente il processo di cura. Sostenere la consulenza (ora raccomandazione 29) è appropriato dopo che siano stati considerati tutti gli altri aspetti della selezione analgesica.</p> <p><b>21. Accertarsi che la selezione degli analgesici sia personalizzata, prendendo in considerazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il tipo di dolore (acuto, persistente, nocicettivo, neuropatico);</li> <li>▪ intensità del dolore;</li> <li>▪ potenziale tossicità analgesica (per esempio, età, danno renale, malattia dell'ulcera peptica, trombocitopenia);</li> <li>▪ condizioni generali della persona;</li> <li>▪ condizioni cliniche simultanee;</li> <li>▪ risposta ai farmaci precedenti o attuali;</li> <li>▪ costo per la persona e la famiglia;</li> <li>▪ setting di cura.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p>	✎
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per chiarire i vari tipi di dolore che devono essere considerati nella selezione dell'analgesico. Per quanto riguarda la potenziale tossicità analgesica, gli indicatori forniti sono identificati soltanto come esempi per enfatizzare che queste NON sono le uniche situazioni in cui la tossicità analgesica sia una preoccupazione. Il cambiamento nella formulazione è solo per renderla più chiara, mentre non vi è stato un cambiamento negli intenti della raccomandazione.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Akrofi et al., 2005; Block et al., 2003; Cepeda et al., 2005; Devulder et al., 2005; Maltoni et al., 2005; Murat et</p>	+






al., 2003; Rogers & Ostrow, 2004	
<p><b>22. Appoggiare l'uso di programmi di dosaggio più efficace degli analgesici e delle modalità di gestione del dolore meno invasive:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Adeguare la modalità di somministrazione ai requisiti individuali di dolore ed al setting di cura.</i></li> <li>▪ <i>La via orale è la modalità preferita per il dolore persistente e per il dolore acuto in via di guarigione.</i></li> <li>▪ <i>La somministrazione endovenosa è la via parenterale di scelta dopo chirurgia maggiore, solitamente tramite bolo ed infusione continua.</i></li> <li>▪ <i>Considerare l'uso di un sistema ad iniezione a farfalla per somministrare gli analgesici sottocutanei intermittenti.</i></li> <li>▪ <i>L'analgesia regionale fornisce il sollievo luogo-specifico ed è una modalità efficace di gestione del dolore per alcune popolazioni e dovrebbe essere preso in considerazione.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p><i>La via intramuscolare non è raccomandata perché dolorosa e non sicura.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = B</i></p>	
<p><i>L'analgesia epidurale controllata dal paziente, rispetto all'analgesia per via endovenosa controllata dal paziente, è più efficace in determinate procedure chirurgiche e dovrebbe essere considerata per i pazienti con i requisiti giusti.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per includere ulteriori modalità di gestione del dolore. Una meta-analisi condotta da Block ed altri. (2003) ha revisionato 100 studi che hanno confrontato la terapia epidurale contro gli oppioidi parenterali nel post operatorio. Gli AA. hanno concluso che l'analgesia epidurale, indipendentemente dal tipo di analgesico, dalla disposizione del catetere (posizione) e dal tipo e periodo di valutazione del dolore, ha fornito un migliore controllo del dolore rispetto agli oppioidi parenterali. Una revisione Cochrane effettuata da Nishimori et al.. (2006) ha valutato benefici e danni dell'analgesia epidurale postoperatoria rispetto al sollievo del dolore basato sull'oppioide sistematico negli adulti che subiscono un intervento aortico addominale. Gli AA. hanno trovato che la via epidurale ha fornito un migliore sollievo del dolore fino a tre giorni postoperatori.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b>  APS, 2005; Block et al., 2003; Cepeda et al., 2005; Murat et al., 2003; Nishimori et al., 2007</p>	+
<p><b>23. Usare un approccio graduale nel fare le raccomandazioni per la selezione degli analgesici per la gestione farmacologia, da abbinare all'intensità del dolore, in mancanza di controindicazioni dovute all'età, a danno renale o altre malattie correlate a farmaci:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Il dolore lieve o moderato dovrebbe essere trattato con acetaminofene o NSAIDS a meno che la persona abbia una storia di ulcere o di sanguinamento.</i></li> <li>▪ <i>Il dolore moderato o severo dovrebbe essere trattato inizialmente con un analgesico oppioide, prendendo in considerazione l'eventuale, precedente uso di oppioidi e gli effetti avversi.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = B</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata, poiché è stata unita con la raccomandazione originale</p>	+
<p><b>26. Enfatizzare un approccio graduale nella selezione degli analgesici.</b></p>	



<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Block et al., 2003; Cepeda et al., 2005; Devulder et al., 2005; Maltoni et al., 2005</p>	+
<p><b>24. Riconoscere che un approccio analgesico multi-modale è il più efficace per il trattamento del dolore e comprende l'uso dei farmaci adiuvanti come componente del trattamento per il dolore lieve e per i tipi specifici di dolore, se non vi sono controindicazioni.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>I farmaci adiuvanti quali gli anticonvulsivi, gli NSAIDS e gli antidepressivi sono importanti aggiunte per fornire analgesia indipendente per specifici tipi di dolore, quali il dolore neuropatico.</i></li> <li>▪ <i>E' necessario fare attenzione nel somministrare i farmaci adiuvanti agli anziani, che possono manifestare significativi effetti avversi sedativi e anticolinergici.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata, e sono state unite le raccomandazioni originali 24 e 25 per dare risalto all'importanza di un approccio analgesico multi-modale. Vi sono prove ben fondate per sostenere l'uso di NSAIDS combinati con gli analgesici oppioidi per la gestione del dolore postoperatorio (Cepeda ed altri., 2005). Una rassegna sistematica condotta da McNicol ed altri. (2007) ha esplorato l'uso di NSAIDS, da solo o unito con oppioidi, per il dolore da cancro.</p> <p>Gli AA. hanno concluso che: i farmaci NSAIDS sembrano essere più efficaci del placebo per il dolore da cancro; che c'è una non chiara evidenza per sostenere un NSAID rispetto a un altro; che i trials delle combinazioni di NSAIDS con un oppioide hanno rilevato sia che non ci sono differenze (4/14 dei documenti), sia una tendenza statisticamente insignificante verso la superiorità (1/14 dei documenti) sia un leggero, ma statisticamente significativo vantaggio (9/14 dei documenti), confrontato con l'uno o l'altro singolo analgesico.</p> <p>Una rassegna sistematica di McNichol et al. (2007) sostiene l'inclusione di NSAIDS, da solo o in associazione, per il trattamento di alcuni tipi di dolori da cancro. L'uso degli anticonvulsivi inoltre è sostenuto in una revisione sistematica di Wiffen ed altri (2007) per le persone che avvertono un dolore neuropatico persistente - questa revisione non ha trovato prova dell'efficacia degli anticonvulsivi nelle situazioni di dolore acuto.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Cepeda et al., 2005; Devulder et al., 2005 ; ICSI, 2006; Maltoni et al., 2005; McNichol et al. (2007); Wiffen et al. (2007)</p>	+
<p><b>25. Considerare i seguenti principi farmacologici nell'uso degli oppioidi per il trattamento di dolore severo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Gli agonisti-antagonisti mescolati (es. pentazocine) non sono somministrati con gli oppioidi perché la combinazione può precipitare nella sindrome da astinenza ed aumentare il dolore.</i></li> <li>▪ <i>Negli anziani generalmente si registra il picco più alto e la durata più lunga di azione degli analgesici rispetto agli individui più giovani, così il dosaggio dovrebbe iniziare alle dosi più basse ed aumentato più lentamente (“titolazione attenta,,).</i></li> <li>▪ <i>Precauzioni speciali sono necessarie nell'uso degli oppioidi con i neonati e i bambini sotto i sei mesi. Le dosi del farmaco, comprese quelle per l'anestesia locale, dovrebbero essere calcolate con attenzione basandosi sul peso attuale o quello più appropriato del neonato. Le dosi iniziali non dovrebbero eccedere le dosi massime raccomandate.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = B</i></p>	✓
<p><b>26. Riconoscere che la meperidina non è suggerita per il trattamento di dolore.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>La Meperidina è controindicata nel dolore persistente dovuto all'accumulo del metabolita tossico normeperidene, che può causare attacchi e disforia. La tossicità</i></li> </ul>	



<p><i>della Meperidina non è neutralizzabile con il naloxone.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>La Meperidina ha un uso limitato nel dolore acuto dovuto ad una mancata efficacia dei farmaci e all'accumulo dei metaboliti tossici, in grado di verificarsi in 72 ore.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata modificata per dare risalto alla meperidina che non è raccomandata nel trattamento del dolore</p>	+
<p><b>27. Sostenere la consulenza di un esperto in gestione del dolore per le situazioni complesse che includono, ma non in senso limitativo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>dolore insensibile al trattamento standard;</i></li> <li>▪ <i>fonti multiple di dolore;</i></li> <li>▪ <i>mix di dolore neuropatico e nocicettivo; e</i></li> <li>▪ <i>storia di abuso di sostanza.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p>Devulder ed altri. (2005) sostengono l'esigenza di una linea guida specifica per ciascun tipo di dolore per supportare la pratica basata sulle evidenze e la capacità decisionale. I professionisti dovrebbero prendere in considerazione la possibilità di fare riferimento a linee guida specifiche per un tipo di dolore e di sostenerne l'uso nella pratica.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Devulder et al., 2005</p>	+
<p><b>Raccomandazioni di Pratica Parte B: Gestione, Gestione Farmacologia del Dolore</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>Ottimizzazione del Sollievo del Dolore con Oppioidi</b></li> </ul>	
<p><b>28. Assicurare che la distribuzione degli analgesici sia adattata alle caratteristiche personali dell'individuo, alla farmacologia (cioè, durata di azione, di picco-effetto e del periodo di emivita) e alla modalità di somministrazione del farmaco.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = B</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Akrofi et al., 2005; Cepeda et al., 2005</p>	+
<p><b>29. Riconoscere che gli oppioidi dovrebbero essere somministrati in base ad una regolare programmazione degli orari, in base alla durata d'azione, e secondo quanto ci si aspetta che perduri il dolore severo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Se è previsto un dolore severo per un post-operatorio di 48 ore, può essere necessaria la somministrazione sistematica per quel periodo di tempo. Dopo tale periodo, gli analgesici possono essere efficacemente somministrati "al bisogno,,,</i></li> <li>▪ <i>Nel dolore persistente da cancro, gli oppioidi sono somministrati su base "oraria,,,</i> secondo la loro durata di azione.</li> <li>▪ <i>Gli oppioidi a lunga-azione sono più adatti quando le richieste della dose sono stabili.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Devulder et al., 2005; Lam et al., 2001</p>	+
<p><b>30. Usare i principi della titolazione della dose, specifici per il tipo di dolore, per raggiungere la dose analgesica che allevia il dolore con un minimo di effetti avversi, tenendo presente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Cause del dolore;</i></li> <li>▪ <i>Risposta individuale alla terapia;</i></li> <li>▪ <i>Condizioni cliniche;</i></li> </ul>	✓



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Uso concomitante dei farmaci;</i></li> <li>▪ <i>Inizio e picco dell'effetto;</i></li> <li>▪ <i>Durata dell'effetto analgesico;</i></li> <li>▪ <i>Età; e</i></li> <li>▪ <i>Conoscenza della farmacocinetica e della farmacodinamica dei farmaci somministrati. Le dosi sono aumentate solitamente ogni 24 ore, con preparazioni a rilascio immediato, per le persone con dolore persistente, ed ogni 48 ore per le persone trattate con oppioidi a rilascio controllato. L'eccezione a questo è il fentanyl transdermico, che può essere registrato ogni 3 giorni.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = B</i></p>	
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Devulder et al., 2005; Maltoni et al., 2005</p>	+
<p><b>31. Trattare subito il dolore che si presenta nel periodo tra le dosi normali di analgesico (dolore incidente) usando i seguenti principi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Le dosi “di soccorso” dell'analgesico nella situazione postoperatoria dipendono dalla dose routinaria dell'analgesico, dal ritmo respiratorio dell'individuo e dal tipo di intervento, solitamente sono somministrate come bolo tramite le pompe di PCA o per via epidurale.</i></li> <li>▪ <i>Le dosi “di soccorso” dell'analgesico dovrebbero essere somministrate alla persona “al bisogno,, secondo il picco-effetto del farmaco (po/pr = q1h; Sc = q 30 min; IV = q 10-15 min).</i></li> <li>▪ <i>È il più efficace, in caso di dolore incidente, usare lo stesso oppioide che viene somministrato “ad orario fisso”.</i></li> <li>▪ <i>Gli individui con dolore persistente dovrebbero avere:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>La disponibilità di un oppioide a rilascio immediato per il dolore incidente, che si presenta tra le somministrazioni regolari, “ad orario fisso”.</i></li> <li>▪ <i>Le dosi “di soccorso” dell'analgesico per il dolore continuo da cancro dovrebbero costituire il 10-15 per cento della dose totale dell'analgesico somministrato nelle 24 ore “ad orario fisso,,.</i></li> <li>▪ <i>Le dosi analgesiche “di soccorso” dovrebbero essere adattate quando viene aumentato il farmaco regolare “ad orario fisso,,.</i></li> <li>▪ <i>La regolazione della dose “ad orario fisso,, è necessaria se sono richieste più di 2-3 dosi di analgesico nelle 24 ore, ed il dolore non è controllato.</i></li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per includere l'uso della via epidurale come opzione per il farmaco “di soccorso” in determinate situazioni cliniche.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Block et al., 2003</p>	+
<p><b>32. Usare una tabella equianalgesica per accertare l'equivalenza fra gli analgesici, quando vengono commutati.</b> <i>Riconoscere che, in una situazione di dolore stabile, il metodo più sicuro per passare da un analgesico ad un altro è di ridurre la dose del nuovo analgesico del 25-50%.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>Questa raccomandazione è stata cambiata per sottolineare che la dose di un nuovo analgesico, quando viene commutato con un altro, dovrebbe essere ridotta del 25-50%, piuttosto che di una metà, come precedentemente raccomandato.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> National Comprehensive Cancer Network, 2005</p>	+






<p><b>33. Accertarsi che si prescrivano vie di somministrazione alternative quando i farmaci non possono essere presi oralmente, o se vi è nausea refrattaria e vomito, prendere in considerazione la via più efficace e meno invasiva, le preferenze individuali, il setting di cura, costo e risorse.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Farmaci transdermici per i pazienti non assuefatti.</li> <li>▪ Infusioni sottocutanee continue di oppioidi per dolore persistente da cancro.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione= A</i></p>	
<p>L'enunciato di questa raccomandazione è stato cambiato per esigenze di chiarezza; l'intenzione della raccomandazione rimane immutato.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Blocco ed altri., 2003; Murat ed altri., 2003; Rogers &amp; Ostrow, 2004</p>	+
<p><b>34. Riconoscere la differenza fra assuefazione, tolleranza e dipendenza da farmaco per prevenire che diventino barriere all'ottimale sollievo del dolore.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p>	✓
<p><b>Monitoraggio per la Sicurezza e l' Efficacia</b></p>	
<p><b>35. Monitorare le persone che assumono oppioidi, riconoscendo che gli oppioidi usati con persone che non hanno dolore, o in dosi maggiori del necessario per controllare il dolore, o non titolati giustamente, possono rallentare o arrestare il respiro.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione= A</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per focalizzarla sulla necessità di controllare tutte le persone che prendono gli oppioidi. C'è stato il consenso del panel di revisione sulla necessità di enfatizzare il bisogno che il naloxone (un antagonista degli oppioidi) dovrebbe essere usato con cautela per ridurre gli effetti della depressione respiratoria indotta dall'oppioide, senza invertire completamente l'analgesia.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> APS, 2005</p>	+
<p><b>36. Monitorare le persone che assumono oppioidi, rispetto alla tossicità potenziale, quando la persona presenta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effetti avversi inaccettabili come, ma non limitato a, mioclonie, confusione, delirium refrattari al trattamento profilattico</li> <li>▪ In caso di inadeguato sollievo del dolore, dopo una dose con appropriata titolazione, sostenere un eventuale cambiamento nel programma di trattamento.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per chiarire ed enfatizzare l'esigenza di monitorare la tossicità, come problema di sicurezza.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Cepeda ed altri., 2005</p>	+
<p><b>37. Valutare l'efficacia del sollievo dal dolore con gli analgesici a intervalli regolari e dopo un cambiamento della dose, della via e del tempo di somministrazione. Raccomandare di cambiare l'analgesico nel caso che si rilevi un sollievo inadeguato del dolore.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per evidenziare il ruolo attivo degli infermieri nell'accertare la necessità dell'analgesico e nel suggerirne il cambiamento.</p>	+
<p><b>38. Fare riferimento ad un esperto del dolore per gli individui che richiedono dosi</b></p>	


<p><i>maggiori di oppioidi, che sono inefficaci nel controllo del dolore. La valutazione dovrebbe includere l'accertamento di eventuale patologia residua e di altre cause di dolore, come il dolore neuropatico.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per dare risalto alla necessità di fare riferimento ad un esperto di dolore nelle situazioni descritte.</p>	+
<p><b>Prevedere e prevenire i comuni effetti avversi degli Oppioidi</b></p>	
<p><b>39. Anticipare e monitorare, negli individui che assumono oppioidi, gli effetti avversi comuni quali nausea e vomito, costipazione e sonnolenza ed istituire un trattamento profilattico adatto.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione rimane invariata, ma il grado della raccomandazione è stato cambiato in "A,, dal momento che, in un recente trial controllato e randomizzato, è stata raccomandata l'esigenza del trattamento profilattico degli effetti avversi come la costipazione.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Cepeda ed altri., 2005; Maltoni ed altri., 2005</p>	+
<p><b>40. Informare i pazienti sul fatto che gli effetti avversi degli oppioidi possono essere controllati per assicurare l'aderenza al regime farmacologico.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>41. Riconoscere e trattare tutte le potenziali cause degli effetti avversi prendendo in considerazione i farmaci che potenziano gli effetti avversi degli oppioidi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sedazione - sedativi, tranquillanti, antiemetici.</li> <li>▪ Ipotensione - posturale - ipotensivi, triciclici.</li> <li>▪ Confusione - fenotiazine, triciclici, antistaminici e altri anticolinergici.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p>	✓
<p><b>Raccomandazioni per la Pratica Parte B: Gestione, Gestione Farmacologia del dolore</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Prevedere e Prevenire i comuni effetti secondari da Oppioidi <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nausea e vomito.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>42. Valutare tutte le persone che assumono oppioidi per la presenza di nausea e/o vomito, prestando particolare attenzione al rapporto tra il sintomo e l'ora della somministrazione analgesica. Accertarsi che, a queste persone, se persiste nausea/vomito, venga prescritto l'uso di un antiemetico da usare "al bisogno" durante la somministrazione di ruotine.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>Questa raccomandazione è stata modificata ed ora è unita con l'originale raccomandazione 45 per migliore chiarezza e concisione.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Block et al., 2003; Cepeda et al., 2005</p>	+
<p><b>43. Sapere che gli antiemetici hanno differenti meccanismi di azione e la scelta del giusto antiemetico è basata su questa conoscenza e sull'eziologia del sintomo.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓

<p>44. Valutare regolarmente l'effetto dell'antiemetico per determinare la diminuzione di nausea e vomito e garantire un'ulteriore valutazione se il sintomo persiste nonostante un trattamento adeguato.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>45. Consultare il clinico prescrittore per quanto riguarda la commutazione con un antiemetico differente se si determina che nausea/vomito sono collegati con gli oppioidi e non migliorano con le dosi adeguate dell'antiemetico.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per mettere in risalto che l'infermiere dovrebbe consultare il clinico che prescrive (non esclusivamente il medico) per quanto riguarda la modifica degli antiemetici. Questo cambiamento è stato fatto per riconoscere il ruolo dell'infermiere ed altri professionisti che eseguono degli ordini per il trattamento.</p>	+
<p><b>Raccomandazioni di Pratica Parte B: Gestione Farmacologica Gestione del Dolore</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Prevedere e Prevenire i comuni effetti avversi da oppioidi <ul style="list-style-type: none"> <li>– Costipazione</li> </ul> </li> </ul>	
<p>46. Istituire le misure profilattiche per il trattamento della costipazione, se non controindicate, e controllare costantemente questo effetto avverso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I lassativi dovrebbero essere prescritti ed aumentati, se necessari per realizzare l'effetto voluto, come una misura preventiva per gli individui che ricevono la somministrazione abituale di oppioidi.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = B</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I lassativi osmotici ammorbidiscono le feci e promuovono la peristalsi, possono essere un'alternativa efficace per gli individui che trovano difficile gestire un aumento delle pillole.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = B</i></p>	○
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gli stimolanti lassativi possono essere controindicati se vi è un fecaloma. I clisteri e le supposte possono essere necessari per eliminare il fecaloma prima di riprendere gli stimolanti orali.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	○
<p>Σ Gli agenti che formano la massa dovrebbero essere evitati quando la motilità delle viscere è compromessa, per esempio, con gli oppioidi.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = X</i></p>	○
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per includere una dichiarazione che riguarda l'uso degli agenti che formano la massa in presenza della diminuita motilità delle viscere.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Testo non disponibile (Heather)</p>	+
<p>47. Consigliare gli individui sugli aggiustamenti dietetici che migliorano la peristalsi intestinale riconoscendo le situazioni personali (individui seriamente malati possono non tollerarli) e le preferenze.</p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p>48. Riferire urgentemente allo specialista le persone con costipazione refrattaria accompagnata da dolore addominale e/o da vomito.</p>	




<i>Grado di Raccomandazione = C</i>		
La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per riflettere che il referente dovrebbe essere il clinico adatto, non esclusivamente il medico. Questo cambiamento è stato fatto per riflettere lo scopo della pratica infermieristica.		+
<b>49. Riconoscere che la sedazione transitoria è comune, ed avvertire la persona e famiglia/curatore che la sonnolenza è comune quando si iniziano gli analgesici oppioidi e con i successivi aumenti di dosaggio.</b>		✓
<i>Grado di Raccomandazione = C</i>		
<b>Raccomandazioni di Pratica Parte B: Gestione, Gestione Farmacologia del Dolore</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Prevedere e Prevenire i comuni effetti avversi a oppioidi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonnolenza/Sedazione</li> </ul> </li> </ul>		
<b>50. Informare il clinico di competenza delle eventuali allucinazioni o confusione al fine di valutare la sonnolenza che continua oltre le 72 ore, per determinarne la causa sottostante.</b>		
<i>Grado di Raccomandazione = C</i>		
La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per riflettere che la consulenza dovrebbe essere chiesta al clinico adatto, non esclusivamente un medico, quando sono presenti confusione e allucinazioni con sonnolenza. Questo cambiamento è stato fatto per rispecchiare lo scopo della professione infermieristica.		+
<b>Raccomandazioni di Pratica Parte B: Gestione, Gestione Farmacologia del Dolore –</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Prevedere e Prevenire il Dolore da Procedure</li> </ul>		
<b>51. Prevenire il dolore che può verificarsi durante le procedure per esempio, esami medici, cambio di abbigliamento, rimozione del tubo toracico, inserzione/rimozione di vie ecc.</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unire opzioni per la prevenzione di tipo farmacologico (per esempio, anestetico topico) con altre non-farmacologiche.</li> <li>▪ Anticipare ed evitare il dolore quando si effettuano procedure sui bambini per impedire la sensibilizzazione al dolore in avvenire.</li> </ul>		
<i>Grado di Raccomandazione = A</i>		
La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per mettere in evidenza la prevenzione del dolore nei bambini. Il grado della raccomandazione è stato cambiato in grado “A., sulla base di una forte evidenza recente relativa alla prevenzione del dolore procedurale nei bambini. Vi è una forte evidenza tratta da RCTs che supporta la prevenzione del dolore procedurale. L'uso di interventi non-farmacologici, come le terapie cognitivo-comportamentali, associati ad approcci farmacologici, è un metodo valido per stress correlato a procedura. (Murat ed altri., 2003). Una revisione sistematica condotta da Uman et al. (2007) conclude che vi è una iniziale evidenza che, con i bambini e gli adolescenti, può essere usata una varietà di interventi cognitivo-comportamentali (distrazione, combinazione di interventi cognitivo-comportamentali e ipnosi) per controllare o ridurre il dolore e lo stress associato alle procedure ago-relative. Tuttavia hanno notato che ci sono dati insufficienti per valutare l'efficacia di altri interventi psicologici.		+
<b>Supporti supplementari della letteratura:</b>		

Akrofi et al., 2005; Cavendar et al., 2004; Kleiber et al., 2001; Murat et al, 2003; Rogers & Ostrow, 2004; Uman et al., 2007	
<p><b>52. Riconoscere che gli analgesici e/o gli anestetici locali sono il fondamento per la gestione farmacologica di procedure dolorose. Gli ansiolitici ed i sedativi sono specifici per la riduzione dell'ansia associata. Se usati da soli, gli ansiolitici ed i sedativi attutiscono la risposta comportamentale senza alleviare il dolore.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Akrofi et al., 2005; Murat et al., 2003; Rogers &amp; Ostrow, 2004</p>	+
<p><b>53. Assicurare che siano stabilite una supervisione esperta e procedure di monitoraggio appropriate quando si usa una moderata sedazione.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per aggiornare il termine “sedazione cosciente” a “sedazione moderata,.. Vedere l'Appendice A per una definizione di sedazione moderata.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Murat ed altri., 2003</p>	+
<p><b>Raccomandazioni per la pratica Parte B: Gestione, Gestione farmacologica del dolore</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Educazione del paziente e della famiglia</li> </ul>	
<p><b>54. Fornire alla persona ed al loro familiare/curatori le informazioni sul dolore e le misure usate per trattarlo, usando un approccio individualizzato, ponendo particolare attenzione sulle strategie per la prevenzione ed il trattamento degli effetti avversi e sulla correzione di miti.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per dare risalto all'importanza di un approccio individualizzato alla formazione del paziente. Cheung et al. (2004) in un RCT hanno esplorato qual'era l'effetto degli interventi psico-educativi (interventi specificatamente cognitivi della distrazione e della rivalutazione), associati alle informazioni fornite prima di un intervento, sui risultati postoperatori in donne cinesi. Essi concludono che l'informazione pre-operatoria, accoppiata a queste strategie, ha avuto dei benefici clinici significativi nella cura delle donne sottoposte a isterectomia elettiva.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Cheung et al, 2004; Lam et al., 2001</p>	+
<p><b>55. Accertarsi che gli individui capiscano l'importanza di segnalare subito il dolore invariato, i cambiamenti del loro dolore, le nuovi fonti o tipi di dolore e gli effetti avversi degli analgesici.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>56. Chiarire la differenza fra assuefazione, tolleranza e dipendenza fisica per alleviare le credenze sbagliate che possono impedire l'uso ottimale dei metodi farmacologici per la gestione del dolore.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>L'assuefazione è una dipendenza psicologica ed è rara nelle persone che assumono oppioidi per dolore persistente</i></li> <li>▪ <i>Le persone che usano oppioidi a lungo termine per il controllo del dolore possono rimanere con la stessa dose per anni, ma possono richiedere aggiustamenti maggiori</i></li> </ul>	



<p><i>di dosaggio e mostrare segni di tolleranza. La tolleranza non è solitamente un problema e la gente può ricevere la stessa dose per anni.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Le persone che non necessitano di protrarre gli oppioidi dopo un lungo periodo di assunzione, hanno bisogno di ridurre lentamente la loro dose durante l'arco di tempo di parecchie settimane per prevenire i sintomi di astinenza causati dalla dipendenza fisica.</i></li> </ul>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata soltanto per aumentarne la chiarezza, senza modificarne l'intenzione. Una revisione sistematica condotta da Deulder ed altri. (2005), ha identificato che gli oppioidi a lungo termine sono la terapia preferita per la gestione del dolore persistente di lunga durata. Gli AA. hanno trovato miglioramenti significativi nei risultati funzionali, compresa la qualità di vita, così come la conferma che questo approccio terapeutico è associato positivamente a sicurezza ed efficacia. Hanno notato, tuttavia, la necessità di stabilire l'effetto della tolleranza fisica e di altri esiti, che sono conosciuti risultare dall'uso a lungo termine di oppioidi, sullo stato funzionale dei pazienti.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Brown, 2004; Devulder et al., 2005</p>	+
<p><b>Raccomandazioni di Pratica Parte B: Gestione, Gestione Farmacologia del Dolore</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Documentazione Efficace</li> </ul>	
<p><b>57. Documentare tutti gli interventi farmacologici con un'annotazione sistematica del dolore che identifichi chiaramente l'effetto dell'analgesico sul dolore rilevato. Utilizzare questa annotazione per comunicare con i colleghi interdisciplinari per quanto riguarda la titolazione dell'analgesico. Dovrebbero essere documentati la data, l'orario, la severità, la localizzazione ed il tipo di dolore.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Akrofi et al., 2005</p>	+
<p><b>58. Fornire all'individuo ed alla famiglia nel setting domiciliare una strategia semplice per documentare l'effetto degli analgesici.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Devulder et al., 2005</p>	+
<p><b>Raccomandazioni per la Pratica Parte B: Gestione, Gestione non Farmacologia del Dolore</b></p>	
<p><b>59. Combinare i metodi farmacologici con i metodi non-farmacologici per realizzare una gestione efficace di dolore.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>I metodi del trattamento non-farmacologico non dovrebbero essere usati per sostituire una gestione farmacologica sufficiente.</i></li> <li>▪ <i>La selezione dei metodi del trattamento non-farmacologico dovrebbe essere basata sulla preferenza individuale e sull'obiettivo del trattamento.</i></li> <li>▪ <i>Tutte le potenziali controindicazioni ai metodi non-farmacologici dovrebbero essere prese in considerazione prima dell'applicazione.</i></li> </ul>	
<p>Vi sono evidenze ben fondate, compresi gli studi randomizzati, che sostengono l'uso combinato di metodi farmacologici e non-farmacologici nella gestione del dolore. Fare riferimento alla tabella in questo supplemento (pagina 15), aggiunta all'Appendice H per</p>	+



una riduzione del dolore/interferenza correlata alle attività e minori difficoltà nell'assunzione degli analgesici. <b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Antall & Krevesic, 2004; Barlow & Ellard, 2004; Cheung et al, 2002; Good et al., 2002; LeFort et al., 1998; McGillion et al., 2004; Roykulcharoen & Good, 2004; Schofield, 2002; Voss et al., 2004; Watt-Watson et al., 2004	
<b>63. Riconoscere che le strategie conoscitivo-comportamentali combinate con altri metodi, compresa la riabilitazione pluridisciplinare, possono essere strategie utili per il trattamento del dolore non-maligno persistente .</b> <i>Grado di Raccomandazione = A</i>	
La formulazione di questa raccomandazione è stata modificata per dare risalto al fatto che le strategie conoscitivo-comportamentali non sono sufficienti per controllare tutti i tipi di dolori. <b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Bogduk et al., 2005; Butter et al., 2005; Chiu et al., 2005; Cheung et al., 2002; Eccleston et al., 2006; Goossens et al., 2005	+
<b>Raccomandazioni per la Formazione</b>	
<b>64. Gli infermieri preparati ad entrare nella pratica devono avere conoscenza dei principi della valutazione e gestione del dolore.</b> <i>Grado di Raccomandazione = C</i>	✓
<b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Ravaud ed altri., 2004	+
<b>65. I principi della valutazione e della gestione del dolore dovrebbero essere inclusi nei programmi di orientamento ed essere disponibili nell'ambito delle opportunità di sviluppo professionale nell'organizzazione.</b> <i>Grado di Raccomandazione = C</i>	✓
<b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Ravaud et al., 2004	+
<b>66. I programmi educativi dovrebbero essere improntati a facilitare il cambiamento nelle conoscenze, abilità, atteggiamenti e credenze degli infermieri circa la valutazione e la gestione del dolore per supportare la pratica in rapporto alle persone ed ai setting.</b> <i>Grado di Raccomandazione = C</i>	
La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per dare risalto al fatto che ci dovrebbe essere un focus sulle differenti popolazioni di pazienti nella formazione degli infermieri per sostenere un'assistenza individualizzata del paziente. <b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Brown, 2004; Ravaud, 2004; Watt-Watson et al. 2004	+
<b>67. I programmi educativi devono sostenere la trasposizione della conoscenza nella pratica e devono indirizzare le risorse necessarie per sostenere la pratica (es, standards di categoria, modifiche della pratica, sistemi di reminder, eliminazione delle barriere, ecc.) attraverso le persone ed i setting.</b> <i>Grado di Raccomandazione = C</i>	
La formulazione di questa raccomandazione è stata cambiata per dare risalto all'esigenza di un approccio alla formazione che riconosca le risorse richieste per una implementazione di successo ed i bisogni di specifiche popolazioni di pazienti e dei settings. Meijers e altri (2006), hanno esaminato i rapporti fra i fattori contestuali e l'utilizzazione della ricerca nella professione infermieristica ed hanno identificato sei fattori statisticamente significativi: ruolo	+

<p>dell'infermiere, accesso elastico alle risorse, clima organizzativo (cultura), sostegno versatile, tempo per le attività di ricerca e possibilità di formazione. Gli autori hanno concluso che, generalmente, i risultati dello studio erano eterogenei e che questi fattori non sono necessariamente gli unici, o i più importanti, per la pratica infermieristica. Servono ulteriori ricerche per identificare i fattori contestuali che, in modo consistente, aumentano l'utilizzazione della ricerca.</p> <p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Brown, 2004; Meijers et al., 2006</p>	
<p><b>Raccomandazioni per la Politica e l'Organizzazione</b></p>	
<p><b>68.</b> <i>I colleghi infermieristici dovrebbero accertarsi che gli Standard di Pratica Infermieristica includano l'adozione di standard per la responsabilità della gestione del dolore.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>69.</b> <i>Le organizzazioni sanitarie devono avere sistemi di documentazione in loco per supportare e rinforzare approcci standardizzati di valutazione e gestione del dolore.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Alley et al., 2001; Dahl et al., 2003</p>	+
<p><b>70.</b> <i>Le organizzazioni sanitarie devono disporre di mezzi educativi per gli individui e famigliari/curatori per quanto riguarda la loro partecipazione al raggiungimento di un sufficiente sollievo del dolore.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Meijers et al., 2006</p>	+
<p><b>71.</b> <i>Le organizzazioni sanitarie devono dimostrare il loro impegno a riconoscere il dolore come problema prioritario. Le politiche devono sostenere o dirigere chiaramente le aspettative del personale sul fatto che un soddisfacente sollievo del dolore è una priorità.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p> <p><i>Uno studio descrittivo correlazionale intrapreso da Alley (2001) ha esaminato l'influenza di una politica organizzativa formale di gestione del dolore sulle pratiche infermieristiche di gestione del dolore in un centro assistenziale di III livello. L'autore ha trovato che la conoscenza ed il senso di responsabilità degli infermieri rispetto alla gestione del dolore erano significativamente correlati alla conoscenza della politica di gestione del dolore cronico dell'organizzazione. Le implicazioni per la pratica infermieristica includono una più profonda comprensione dell'influenza che una politica organizzativa potrebbe avere sui miglioramenti nella gestione del dolore.</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Alley, 2001</p>	+
<p><b>72.</b> <i>Le organizzazioni sanitarie devono accertarsi che le risorse siano a disposizione degli individui, famigliari/curatori e staff per fornire un'efficace valutazione e gestione del dolore, come l'accesso agli esperti nella gestione del dolore.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Meijers et al., 2006</p>	+
<p><b>73.</b> <i>E' necessario che le organizzazioni sanitarie dimostrino di sostenere un approccio interdisciplinare alla cura del dolore.</i></p>	✓

<p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p> <p><i>Per implementare con successo le cure del dolore basate sull'evidenza, le organizzazioni devono prendere in considerazione quelle modalità di implementazione che supportano un approccio interdisciplinare all'assistenza (Rycroft-Malone, 2002) come parte della cultura organizzativa generale.</i></p>	
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Brown, 2004; Rycroft-Malone, 2002</p>	+
<p><b>74. Le organizzazioni sanitarie devono avere sistemi di miglioramento di qualità in loco per monitorare la qualità della gestione del dolore attraverso il continuum di cura.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazioni= C</i></p> <p><i>Componenti chiave di un'implementazione di successo della best practice nella cura del dolore sono la valutazione ed il monitoraggio. La valutazione continua dovrebbe avvenire a molti livelli ed includere l'esperienza degli infermieri con le linee-guida, la loro aderenza alle raccomandazioni, le esperienze dei pazienti con la cura e i loro risultati clinici (Wallin, Profetto-McGrath &amp; Levers, 2005). Fare riferimento alla linea guida per una sintesi della struttura suggerita, degli indicatori di processo e di esito per le organizzazioni, di cui tener conto nel monitorare gli approcci al miglioramento di qualità.</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Rycroft-Malone, 2002; Wallin, Profetto-McGrath &amp; Levers, 2005</p>	+
<p><b>75. Nella progettazione di strategie educative, considerare i metodi più efficaci per la diffusione e l'esecuzione delle raccomandazioni delle linee guida. Questi metodi includono, ma non in senso limitativo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>l'uso di un modello di modificazione comportamentale che guidi lo sviluppo delle strategie per l'implementazione.</i></li> <li>▪ <i>l'uso di una combinazione di strategie che influenzino il cambiamento della pratica.</i></li> <li>▪ <i>La progettazione di strategie d'implementazione che prendano in considerazione l'influenza dell'ambiente organizzativo.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = A</i></p> <p><i>Ci sono numerosi modelli che promuovono un approccio strutturato per introdurre le evidenze della ricerca nella pratica, e modelli di cambiamento che possono essere usati per guidare lo sviluppo delle strategie di implementazione. Una revisione sistematica di trials randomizzati ha trovato che, sebbene ci siano molte strategie per influenzare il cambiamento della pratica, il metodo più efficace è rappresentato da un loro combinato (Oxman ed altri, 1995). Rycroft-Malone et al. (2002) discutono l'importanza dell'ambiente organizzativo (o cultura) come elemento chiave, in una struttura lavorativa, per implementare le evidenze nella pratica.</i></p>	✓
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Davies, 2002; Oxman et al., 1995; Rycroft-Malone et al., 2002</p>	+
<p><b>76. La linea guida infermieristica di best practice può essere implementata con successo soltanto dove vi siano progettazione, risorse, supporti organizzativi e gestionali adeguati, e facilitazioni appropriate. Le organizzazioni possono desiderare di sviluppare un programma per l'implementazione che include:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Una valutazione dell'adeguatezza organizzativa e delle barriere alla formazione;</i></li> <li>▪ <i>Coinvolgimento di tutti i membri (in funzione di supporto sia diretta che indiretta) che contribuiranno al processo di implementazione.</i></li> <li>▪ <i>Un individuo qualificato dedicato che fornisca il supporto necessario per il processo d'implementazione e di formazione.</i></li> <li>▪ <i>Continue opportunità di discussione e di formazione che rinforzino l'importanza della best practice.</i></li> </ul>	✓



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Occasioni di riflessione sull'esperienza personale ed organizzativa dell'implementazione della linea guida. A questo proposito, la RNAO (attraverso un gruppo di infermieri, di ricercatori e di coordinatori) ha sviluppato il Toolkit: Implementation of clinical practice guideline based on available evidence, theoretical perspectives and consensus. Il Toolkit è raccomandato per guidare l'implementazione della linea guida di best practice infermieristica della RNAO sulla Valutazione e Gestione del Dolore.</i></li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Grado di Raccomandazione = C</i></p>	
<p><b>Supporti supplementari della letteratura:</b> Dobbins, Davies, Danseco, Edwards &amp; Virani, 2005 ; Graham, Harrison, Brouwers, Davies &amp; Dunn, 2002 ; Meijers et al., 2006</p>	+

## Strategie d'Implementazione

La Registered Nurses' Association of Ontario ed il panel della linea guida hanno compilato una lista delle strategie di implementazione per aiutare le organizzazioni sanitarie o le discipline sanitarie che sono interessate ad implementare questa linea guida. Una sintesi di queste strategie è la seguente:

- Avere almeno una persona dedicata come ad esempio un'infermiere di pratica avanzata o un'infermiere clinico che forniscano supporto, perizia clinica e leadership. L'individuo dovrebbe avere buone abilità interpersonali di facilitazione e di gestione dei progetti.
- Condurre una valutazione dei bisogni organizzativi relativi alla cura degli adulti con asma per identificare le conoscenze attuali e le successive esigenze educative.
- Generare una vision per dirigere l'aiuto allo sforzo del cambiamento e per sviluppare le strategie utili a realizzare e sostenere la vision.
- Istituire un comitato di governo formato da stakeholders e da membri interdisciplinari impegnati a guidare l'iniziativa del cambiamento. Identificare gli obiettivi a breve e lungo termine.
- Identificare e sostenere i campioni di best practice designati in ogni unità per promuovere e sostenere l'implementazione. Celebrare i successi conseguiti, riconoscendo il lavoro ben fatto (Davies & Edwards, 2004).
- Fornire il supporto organizzativo come l'avere le strutture in loco per facilitare la best practice nella cura dell'asma. Per esempio, avere una filosofia organizzativa che rifletta, attraverso le politiche e le procedure, il valore della best practice. Sviluppare i nuovi strumenti di documentazione e di valutazione (Davies & Edwards, 2004).
- Le iniziative sul dolore all'interno delle organizzazioni dovrebbero influire sugli standard della Canadian Pain Society (CPS) e del Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA) per supportare l'implementazione e sostenere il cambiamento della pratica.

## Lacune ed implicazioni della ricerca

Al fine di sostenere gli infermieri nell'erogazione di una cura ottimale del dolore, una ricerca supplementare nelle seguenti aree porterebbe beneficio alla pratica:

- Effetti a lungo termine degli oppioidi in popolazioni con dolore specifico – popolazione clinica maggiore di 20 anni (senza cancro) per supportare l'evoluzioni delle pratiche in queste aree in relazione alla non-dipendenza.
- Ricerca relativa alla tolleranza fisica, all'astinenza e alla dipendenza con l'uso di oppioidi a lungo termine.
- Come far fronte e rapportarsi al dolore
- Somministrazione degli oppioidi con iniezione/infusione sottocutanea - efficacia dell'approccio.

## Appendici

Il processo di revisione non ha accertato la necessità di appendici supplementari; tuttavia sono stati annotati gli aggiornamenti alle appendici seguenti.

### Appendice A: Glossario dei termini clinici.

I seguenti termini sono stati aggiunti al glossario:

**Dolore Misto:** L'eziologia del dolore misto contiene entrambe le componenti infiammatoria e neuropatica (Medscape, 2007).

**Emivita:** Il tempo richiesto perché la metà del quantitativo di una sostanza (per es. un farmaco), introdotto in un sistema vivente, venga eliminata o disintegrata tramite i processi naturali (Medline Plus, 2007).

**Multi-modale:** Relativo all'avere, o utilizzare più di un modo o modalità (Medline Plus, 2007). Per esempio, la gestione multi-modale del dolore comprende gli interventi farmacologici e non-farmacologici.

**Non-comunicativo:** Un individuo che non può comunicare attraverso modalità verbali, scritte o con supporti tecnologici.

**Picco - effetto:** La quantità massima di farmaco nel sangue durante il ciclo di somministrazione dello stesso (Mosby, 2006).

Il seguente termine è stato modificato:

**Sedazione Cosciente:** Questo termine è stato sostituito con il termine "sedazione moderata", definita come depressione della coscienza farmaco-indotta durante la quale i pazienti rispondono intenzionalmente all'ordine verbale (per es. aprire gli occhi da solo o accompagnato da un leggero stimolo tattile, come un lieve picchiare sulla spalla o sulla faccia, non uno sfregamento sternale). Non è richiesto nessun intervento per mantenere la respirazione del paziente ed è sufficiente la ventilazione spontanea. La funzione cardiovascolare solitamente è mantenuta (Cote, Wilson & Work Group on Sedation, 2006).

### Appendice B – Strumenti di valutazione del dolore per neonati, bambini e fanciulli.

#### Esempio 1:

I seguenti strumenti sono stati aggiunti come esempio di strumenti validati che i clinici possono usare per soddisfare le esigenze di valutazione di specifiche popolazioni pediatriche.

#### **Non-communicating Children's Pain Checklist (NCPPC) - Checklist del dolore dei bambini che non comunicano:**

Questo strumento ha preliminarmente dimostrato validità e affidabilità per misurare il dolore in bambini con danno cognitivo severo, ed i particolari di questo strumento sono stati inclusi in questo supplemento con il consenso del panel. Può essere usato con i bambini con dolore postoperatorio (NCPPC-PV), o con i bambini sottoposti ad assistenza a lungo termine o domiciliare (NCCPC R). Il NCPPC-PV contiene sei sub scale (vocale, sociale, facciale, attività, corpo e arti, segni fisiologici) e misura 27 variabili durante un'osservazione di 10 minuti. In questo periodo, l'osservatore attribuisce un valore a ciascuna variabile su una scala con 3 punti (per niente – 1; molto – 2; spesso - 3), che vengono poi sommati per fornire un punteggio totale.

#### Referimenti

- Breau, L., Finley, G. A., McGrath, P. & Camfield, C. (2002). Validation of the non-communicating children's pain checklist – postoperative version. *Anesthesiology*, 96(3), 528-535.

- Breau, L., McGrath, P., Camfield, C. & Finley, G. A. (2002). Psychometric properties of the non-communicating children's pain checklist – revised. *Pain*, 99(1-2), 349-357.

### **Esempio 2: Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) Scala di Dolore delle Facce (R)**

La scala delle facce di Wong-Baker, inclusa nella linea guida originale come strumento di valutazione per il dolore pediatrico, è stata sostituita con la Scala di Dolore delle Facce - Revisionata. Questa versione ha sei facce, numerate 0, 2, 4, 6, 8, 10 (Wong - Baker usa una scala 0-5) ed ha una forte correlazione positiva con la scala numerica 0 -10. Le facce su questa scala non riproducono i sorrisi o i pianti (come fa la scala di Wong-Baker), il che riduce la potenziale confusione basata sull'espressione facciale. L'ancoraggio neutro utilizzato nella Faces Pain Scale – Revised è considerato più adatto per i bambini. È disponibile in inglese, in francese ed altre ventiquattro lingue.

#### Riferimenti

- Hicks, C., vonBaeyer, C., Spafford, P., van Korlaar, I. & Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93(2), 173-183.
- The Faces Pain Scale – Revised is available online at: Pediatric Pain Sourcebook of Protocols, Policies and Pamphlets. [www.painsourcebook.ca](http://www.painsourcebook.ca).

## ***Appendice C – Esempio di Domande per la Baseline della Valutazione del Dolore***

Ci sono alcune strategie mnemoniche riportate in letteratura che possono essere utilizzate per strutturare una baseline della valutazione del dolore. Oltre al PQRST, i clinici possono considerare la possibilità di usare uno dei seguenti esempi mnemonici, sulla base dei bisogni del setting pratico:

### **Esempio 1: SOFFERENTE**

Luogo - Posizione del dolore (potrebbero essere in luoghi multipli).

Quantità - Si riferisce ad intensità (scala a 10 punti), inizio, durata, e tipo di dolore

Intensificazione - Che cosa peggiora il dolore? (per es. attività, posizione, ora del giorno, sforzo, ecc.)

Attenuazione - Che cosa diminuisce il dolore? (per es. tipo e quantità di farmaco, metodi non-farmacologici)

Effetti - Effetto del dolore sulla qualità di vita (per es. stato funzionale, sonno, appetito, interazioni sociali); effetti avversi degli analgesici

Descrittori - Descrizione della qualità del dolore (per es. dolente, pulsante, bruciante, lancinante, ecc.)

### **Esempio 2: OLDCART**

**Onset** – Inizio: quando è cominciato il dolore?

**Location** – Localizzazione: dove è localizzato il dolore? (Potrebbe essere in luoghi multipli)

**Duration** – Durata: da quanto tempo dura il dolore? È persistente o periodico?

**Characteristics** – Caratteristiche: come lo sente? Bruciante, lancinante, pungente, pulsante, ecc?

**Aggravating Factors** - Fattori d'aggravamento: che cosa peggiora il vostro dolore? (per es. camminare, muoversi, respirare, girare, masticare)

**Relieving Factors** - Fattori che alleviano: che cosa allevia il vostro dolore? Informarsi su tutti i metodi non-farmacologici.

**Treatment** – Trattamento: che farmaci funzionano per lei? I farmaci assunti hanno avuto effetti secondari?

## *Appendice E - Strumenti per la Valutazione del dolore negli adulti*

### Checklist dei Nonverbal Pain Indicators (CNPI) - Checklist degli indicatori Non-verbali del dolore

La Checklist degli indicatori Nonverbali del dolore è stata costruita per misurare i comportamenti di dolore nel postoperatorio, in adulti anziani con danno cognitivo. È uno strumento d'osservazione che include sei comportamenti valutati a riposo ed in attività - la presenza di un indicatore di dolore è valutata come 1, mentre l'assenza dell'indicatore è valutata come 0. I sub-punteggi, (sono sommati quelli a riposo ed in attività), rappresentano il punteggio totale.

I sei indicatori sono: **proteste verbali** (non-verbali: lamenti, gemiti, grida, respiro affannoso); **smorfie facciali/scosse** (fronte solcata, denti serrati); **presa** (afferrare o tenersi al corrimano, al letto, o alla zona colpita durante il movimento); **irrequietezza** (cambiare la posizione [costante o intermittente], incapacità di mantenerla); **frizioni** (massaggiare la zona dolorante); **lagnanze vocali** (parole che esprimono disagio o dolore - “fa male,,, “ahi,,, imprecazioni quando si muove, ecc.). Non vi è uno specifico punteggio cut-off per indicare la severità di dolore, comunque la presenza di qualsiasi indicatore comportamentale può essere indicativa di dolore e richiedere un'ulteriore valutazione, intervento e monitoraggio da parte del clinico.

Riferimenti:

- Feldt, K. (2000). The checklist of non-verbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1), 13-21.
- The Checklist of Non-verbal Pain Indicators (CNPI) is available online at: John Hartford Institute for Geriatric Nursing and the Alzheimer's Association – Assessing Pain in Persons with Dementia. <http://www.hartfordign.org/publications/trythis/assessingPain.pdf>

Nel condurre una valutazione completa del dolore, si dovrebbe tenere in considerazione l'effetto del dolore sulle funzioni dell'individuo (abilità funzionale e stato funzionale). Fare riferimento al Brief Pain Inventory (Inventario Breve del Dolore), che ha una sub scala che comprende le componenti chiave di una valutazione funzionale.

## *Appendice G – Esempio di Protocollo di Iniezione Sottocutanea*

L'appendice G fornisce un esempio di protocollo per l'iniezione sottocutanea, a supporto della pratica clinica, per la somministrazione di farmaci tramite iniezione. Il panel ha revisionato la letteratura relativa all'approccio “single-site,, vs “multi-site,,; tuttavia non sono state trovate evidenze per suggerirne uno in particolare. Di conseguenza, il panel ha raggiunto il consenso per fornire un esempio di protocollo per ciascuno dei due metodi, riconoscendo che nessuno è stato validato. Si consiglia alle Organizzazioni di considerare questi protocolli soltanto degli esempi, e riconoscere che lo sviluppo politico relativo a questa cura deve considerare la legislazione, la mission, la vision, i valori e le caratteristiche uniche di ogni organizzazione. I due esempi di protocollo sono disponibili sul sito web della RNAO [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)

## Appendice H – Metodi Non-farmacologici di Controllo del Dolore

Copyright 2006 by ICSI. Riprodotto con permesso.

Institute for Clinical Systems Improvement (2006). Assessment and management of acute pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).

Varie strategie possono aumentare o essere complementari degli interventi farmacologici, e possono riguardare interventi cognitivo/comportamentali o modalità fisiche. Non tutti gli interventi sono efficaci per tutte le persone con dolore e determinare quale sia la scelta più adatta può essere una sfida (ICSI, 2006). Il seguente sommario è inteso supplemento degli interventi identificati nella linea guida.

### Interventi cognitivo/comportamentali per il dolore acuto

<b>Tipo di trattamento</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Obiettivo</b>
Interventi cognitivo/comportamentali		
<b>De-sensibilizzazione</b>	Esposizione sistematica e graduale a oggetti e situazioni temute.	Fare diminuire l'ansia.
<b>Rinforzo positivo</b>	Commenti positivi e ricompense definite dopo una procedura dolorosa.	Trasformare il significato del dolore da evento punitivo a sfida.
<b>Rilassamento</b>	Rilassamento progressivo dei muscoli unito al controllo della respirazione.	Diminuire l'ansia e il dolore.
<b>Preparazione</b>	Spiegare i punti della procedura e fornirne informazioni puntuali.	Aiutare il bambino a sviluppare una aspettativa realistica circa la procedura.
<b>Modificazione del ricordo</b>	Aiutare il bambino a richiamare più positivamente qualsiasi ricordo negativo sulle procedure precedenti.	Ridurre l'angoscia anticipata e, col tempo, l'angoscia procedurale, con ricordi realistici.
<b>Ipnosi</b>	Dissociare dall'esperienza dolorosa coinvolgendo in fantasie immaginarie divertenti e sicure.	Togliere l'attenzione dalla procedura ed aumentare il senso di padronanza attraverso metafore di esperienze immaginarie.
<b>Arresto del pensiero e auto-affermazioni positive</b>	Durante i periodi di ansia, il bambino ripete "stop" quando si presenta un pensiero ansioso e ripete un insieme di pensieri positivi.	Sostituire il pensiero catastrofico e ridurre l'ansia.
<b>Distrazione</b>	Contare, fare le bolle, o parlare di argomenti non collegati alla procedura.	Spostare l'attenzione dalla procedura e dal dolore su cose più divertenti
<b>Creazione di modelli e prove</b>	Dimostrazione simulata di una procedura da parte di un altro bambino o adulto che dimostra comportamenti di risposta positivi; i bambini possono mettere in pratica la procedura usando le	Fornire le informazioni sulla procedura e suggerire strategie utili, che possono essere usate durante la procedura per fare fronte al dolore ed all'ansia.



Altri metodi che possono avere successo sono:

- Preparazione verbale e comunicazione con gli operatori sanitari
- Strategie senso-motorie: in particolare con i bambini, usare succhiotti, fasciare, cullare e tenere in braccio.
- Coinvolgimento dell'immaginazione: specialmente con i bambini, usando storie immaginarie o "interruttori del dolore" o "guanti anestetici"
- Strategie fisiche: applicazione di caldo o freddo, massaggio, immobilizzazione, riposo o esercizio
- Music/Art/Play Therapy

## Riferimenti

- Akrofi, M., Miller, S., Colfar, S., Corry, P.R., Fabri, B.M. & Pullan, M.D. et al. (2005). A randomized comparison of three methods of analgesia for chest drain removal in postcardiac surgical patients. *Anesthesia & Analgesia*, 100(1), 205-209.
- Alamo, M.M., Moral, R.R. & de Torres, L. (2002). Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Education and Counseling*, 48(1), 23-31.
- Alley, L. (2001). The influence of an organizational pain management policy on nurses' pain management practices. *Oncology Nursing Forum* 28(5), 867-874.
- American Pain Society. (2005). *Guideline for the management of cancer pain in adults and children*. Glenview (IL): American Pain Society (APS).
- Antall, G.F. & Kresevic, D. (2004). The use of guided imagery to manage pain in an elderly orthopaedic population. *Orthopaedic Nursing*, 23(5), 335-340.
- Barlow, J.H. & Ellard, D.R. (2004). Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*, 30(6):637-645.
- Bird, J. (2003). Selection of pain measurement tools. *Nursing Standard*, 18(13), 33-39.
- Block, B.M., Liu, S.S., Rowlingson, A.J., Cowan, A.R., Cowan, J.A. & Wu, C.L. (2003). Efficacy of postoperative epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 290(18), 2455-2463.
- Bogduk, N., van Tulder, M., & Linton, S. (2005). Low back pain. (pp. 71-76). In D. Justins (Ed.). *Pain 2005 – An Updated Review: Refresher Course Syllabus*. IASP Press, Seattle.
- Breau, L., Finley, G. A., McGrath, P. & Camfield, C. (2002). Validation of the non-communicating children's pain checklist – postoperative version. *Anesthesiology*, 96(3), 528-535.
- Breau, L., McGrath, P., Camfield, C. & Finley, G. A. (2002). Psychometric properties of the non-communicating children's pain checklist – revised. *Pain*, 99(1-2), 349-357.
- Brown, D. (2004). A literature review exploring how healthcare professionals contribute to the assessment and control of postoperative pain in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6b) 74-90.
- Butler, L.D., Symons, B.K., Henderson, S.L., Shortliffe, L.D., & Spiegel, D. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics*, 115(1), Supplement-85.
- Cavender, K., Goff, M.D., Hollon, E.C. & Guzzetta, C.E. (2004). Parents' positioning and distracting children during venipuncture: Effects on children's pain, fear, and distress. *Journal of Holistic Nursing*, 22(1), 32-56.
- Cepeda, M.S., Carr, D.B., Miranda, N., Diaz, A., Silva, C. & Morales, O. (2005). Comparison of morphine, ketorolac, and their combination for postoperative pain: Results from a large, randomized, double-blind trial. *Anesthesiology*, 103(6), 1225-1232.

- Cheung, L.H., Callaghan, P. & Chang, A.M. (2003). A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. *International Journal of Nursing Studies*, 40(2), 207-216.
- Chiu, T.T., Lam, T., Hedley, A.J. (2005). A randomized controlled trial on the efficacy of exercise for patients with chronic neck pain. *Spine*, 30(1), E1-7.
- Cote, J., Wilson, S. & Working Group on Sedation (2006). Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: An update. *Pediatrics*, 118(6), 2587-2602.
- Dahl, J., Gordon, D., Ward, S., Skemp, M., Wochos, S. & Schurr, M. (2003). Institutionalizing pain management: The post-operative pain management quality improvement project. *The Journal of Pain* 4(7), 361-371.
- Davies, B. (2002). Sources and models for moving research evidence into clinical practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31(5), 558-562.
- Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.
- Devulder, J., Richarz, U. & Nataraja, S.H. (2005). Impact of long-term use of opioids on quality of life in patients with chronic, non-malignant pain. *Current Medical Research & Opinion*, 21(10), 1555-1568.
- Dobbins, M., Davies, B., Danseco, E., Edwards, N. & Virani, T. (2005). Changing nursing practice: Evaluating the usefulness of best practice guideline implementation toolkit. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 18(1), 34-45.
- Eccleston, C., Yorke, L., Morley, S., Williams, A.C. & Mastroiannopoulou, K. (2006). Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Good, M., Anderson, G.C., Stanton-Hicks, M., Grass, J.A. & Makii, M. (2002). Relaxation and music reduce pain after gynecologic surgery. *Pain Management Nursing*, 3(2), 61-70.
- Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M. Davies, B. & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. (5), 599-611.
- Hattan, J., King, L. & Griffiths, P. (2002). The impact of foot massage and guided relaxation following cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 37(2), 199-207.
- Hicks, C., vonBaeyer, C., Spafford, P., van Korlaar, I. & Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93(2), 173-183.
- Institute for Clinical Systems Improvement (2006). *Assessment and management of acute pain*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).
- Jensen, M.P., Chen, C. & Brugger, A.M. (2002). Postsurgical pain outcome assessment. *Pain*, 99(1-2), 101-109.
- Kaasalainen, S. & Crook, J. (2003). A comparison of pain-assessment tools for use with elderly long-term-care residents. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 58-71.
- Laurion, S. & Fetzer, S. (2003). The effect of two nursing interventions on postoperative outcomes of gynecologic laparoscopic patients. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 18(4), 254-261.
- Kleiber, C., Craft-Rosenberg, M. & Harper, D.C. (2001). Parents as distraction coaches during IV insertion: A randomized study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(4), 851-861.
- Krulewitch, H., London, M., Skakel, V., Lundstedt, G., Ghomason, H. Bummel-Smith, K. (2000). Assessment of pain in cognitively impaired older adults: A comparison of pain assessment tools and their use by nonprofessional caregivers. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(12), 1607-1611.
- Lam, K.K., Chan, M.T., Chen, P.P. & Kee, W.D. (2001). Structured preoperative patient education for patient-controlled analgesia. *Journal of Clinical Anesthesia*, 13(6), 465-469.

- LeFort. S., Gray-Donald, K., Rowat, K.M. & Jeans, M.E. (1998). Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain*, 74(2-3), 297-306.
- Malviya, S., Voepel-Lewis, T., Burke, C., Merkel, S. & Tait, A.R. (2006). The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Paediatric Anaesthesia*, 16(3), 258-65.
- Maltoni, M., Scarpi, E., Modonesi, C., Passardi, A., Calpona, S. & Turriziani, A. et al. (2005). A validation study of the WHO analgesic ladder: A two-step vs three-step strategy. *Supportive Care in Cancer*, 13(11), 888-894.
- McGillion, M., Watt-Watson, J., Kim, J. & Yamada, J. (2004). A systematic review of psychoeducation trials for the management of chronic stable angina. *Journal of Nursing Management* 12(3), 174-182.
- McNicol, E., Strassels, S., Goudas, L., Lau, J. & Carr, D. (2007). NSAIDs or paracetamol, alone or combined with opioids, for cancer pain. *The Cochrane Library, Issue 1*. John Wiley and Sons, Ltd.
- Medline Plus (2007). Medical Encyclopedia. [Online]. Available: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/encyclopedia.html>
- Medscape (2007). Neuroscience Institute. [Online]. Available: <http://www.medscape.com>
- Mehling, W.E., Hamel, K.A., Acree, M., Byl, N. & Hecht, F.M. (2005). Randomized, controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(4), 44-52.
- Meijers, J., Janssen, M., Cummings, G., Wallin, L., Estabrooks, C. & Halfens, R. (2006). Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: Systematic review literature. *Journal of Advanced Nursing* 55(5), 622-635.
- Murat, I., Gall, O. & Tourniaire, B. (2003). Procedural pain in children: Evidence-based best practice guidelines. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 28(6), 561-572.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2005). *Adult cancer pain guideline*. National Comprehensive Cancer Network.[Online]. Available: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/pain.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/pain.pdf)
- Nishimori, M., Ballantyne, J. & Low, J. (2007). Epidural pain relief versus systematic opioid-based pain relief for abdominal aortic surgery. *The Cochrane Library, Issue 1*, John Wiley & Sons, Ltd.
- Oxman, A., Thomson, A., Davis, D. & Haynes, B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153(10), 1423-1431.
- Piotrowski, M., Paterson, C., Mitchinson, A., Kim, H., Kirsh, M. & Hinshaw, D. (2003). Massage as adjunct therapy in the management of acute postoperative pain: A preliminary study in men. *Journal of the American College of Surgeons*, 197(6), 1037-1046.
- Ravaut, P., Keita, H., Porcher, R., Durand-Stocco, C., Desmonts, J.M. & Mantz, J. (2004). Randomized clinical trial to assess the effect of an educational programme designed to improve nurses' assessment and recording of postoperative pain. *British Journal of Surgery*, 91(6), 692-698.
- Rogers, T.L. & Ostrow, C.L. (2004). The use of EMLA cream to decrease venipuncture pain in children. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 19(1), 33-39.
- Roykulcharoen, V. & Good, M. (2004). Systematic relaxation to relieve postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 140-148.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B, Seers, K & Titchen, A. (2002). Getting evidence into practice: Ingredients for change. *Nursing Standard*, 16(37), 38-43.
- Schofield, P. (2002). Specialist nursing. Evaluating Snoezelen for relaxation within chronic pain management. *British Journal of Nursing*, 11(12), 812-821.

- Taylor, R.S., Van Buyten, J. & Buchser, E. (2005). Spinal cord stimulation for chronic back and leg pain and failed back surgery syndrome: a systematic review and analysis of prognostic factors. *Spine*, 30(1), 152-160.
- Uman, L., Chambers, C., McGrath, P. & Kisely, S. (2007). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *The Cochrane Library, Issue 1*, John Wiley & Sons, Ltd.
- van Dijk, M., de Boer, J.B., Koot, H.M., Duivenvoorden, H.J., Passchier, J., Bouwmeester, N. et al. (2001). The association between physiological and behavioral pain measures in 0- to 3-year-old infants after major surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(1), 600-609.
- van Dijk, M., Peters, J.W., Bouwmeester, N.J. & Tibboel, D. (2002). Are postoperative pain instruments useful for specific groups of vulnerable infants? *Clinics in Perinatology*, 29(3), 469-491.
- Voepel-Lewis, T., Merkel, S., Tait, A.R., Trzcinka, A. & Malviya, S. (2002). The reliability and validity of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability observational tool as a measure of pain in children with cognitive impairment. *Anesthesia & Analgesia*, 95(5), 1224-1229.
- Voss, J.A., Good, M., Yates, B., Baun, M.M., Thompson, A. & Hertzog, M. (2004). Sedative music reduces anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery. *Pain*, 112(1-2), 197-203.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., Reid, D., & David, T. (2004). Impact of a pain education intervention on postoperative pain management. *Pain* 109(1-2), 73-85.
- Wiffen, P., Collins, S., McQuay, H., Carroll, D., Jadad, A. & Moore, A. (2007). Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. *The Cochrane Library, Issue 1*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Wirth, J., Hudgins, C. & Paice, J. (2005). Use of herbal therapies to relieve pain: A review of efficacy and adverse effects. *Pain Management Nursing*, 6(4), 145-167.

**A cura di Paolo Chiari e Luciana Modena**  
**Centro Studi EBN**  
**Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo**  
**Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna**  
**Via Massarenti, 9 – 40138 Bologna - Italia**  
[www.ebn1.it](http://www.ebn1.it) - [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it)  
[paolo.chiari@aosp.bo.it](mailto:paolo.chiari@aosp.bo.it)