



Sommario:

1. OBIETTIVI

.....

2. STRUMENTI OPERATIVI

.....

3. AMBIENTE DI ATTUAZIONE

.....

4. COMPETENZE

.....

5. MODALITA' OPERATIVE

.....

REV	DATA	MOTIVO	PAG.
0	14/02/2022	Modifiche formali	Tutte

Redatto da:

Coord. Sanitario	Segreteria
Dott. S.Sacuti	De Cristofaro F.

Approvato da:

COORDINATORE INFERMIERISTICO	Direttore Generale
CLAUDIO RANO	I. de Cristofaro



OBIETTIVI

Uniformare le procedure per la corretta Gestione del Dolore in tutti i pazienti attraverso la creazione di una procedura di screening che, tenendo conto di età e stato di coscienza del paziente, misuri intensità, qualità, natura, frequenza, sede e durata del dolore.

Nello specifico tale screening deve assicurare che:

- venga sempre effettuata una prima valutazione del paziente, riportando poi i risultati nella Scheda del Dolore;
- vengano effettuate a cadenza regolare rivalutazioni del dolore, utilizzando le apposite scale NRS, • vi sia una puntuale registrazione dei valori rilevati nei Grafici per la rilevazione del Dolore in modo da facilitare la rivalutazione periodica e il follow-up;
- siano attivati i provvedimenti specifici ed adeguati ad ogni singolo caso, tenendo sempre presente lo schema ed evitando di ipermedicalizzare il paziente.

STRUMENTI OPERATIVI

- Scheda NRS
- Scheda del Dolore
- Grafici per la rilevazione del Dolore

AMBIENTE DI ATTUAZIONE

- Stanze di residenza • Sala da pranzo
- Infermeria



COMPETENZE

MEDICO

INFERMIERE

OSS

CAREGIVER

MODALITÀ OPERATIVE

La Gestione del Dolore è una procedura complessa che richiede l'interazione di molteplici figure professionali (Medici, Infermieri, OSS, Caregiver), le quali, ognuna con le proprie specificità e competenze, contribuiscono al benessere del paziente.

Tale procedura prevede che gli operatori seguano lo schema descritto nell'Algoritmo per la Gestione del Dolore (modello 1), in modo tale che, una volta individuata una sintomatologia algica ed escluse possibili patologie confondenti, il paziente possa essere trattato e seguito correttamente.

Le tappe più importanti in cui si articola questo modello sono:

- il monitoraggio del dolore nei pazienti in ingresso o non valutati da più di 6 mesi;
- lo screening continuo dei pazienti già valutati con le apposite scale del dolore;
- la registrazione dei dati raccolti;
- l'avvio delle specifiche procedure per il controllo del dolore.

I Grafici per la rilevazione del Dolore vanno conservati insieme alla Scheda del Dolore archiviandoli dentro la cartella clinica.

PROCEDURA IN USO

Approccio al paziente

Per poter controllare il dolore è necessario innanzitutto porre continua attenzione al paziente.



In particolar modo bisognerà rilevare, tenendo presenti i diversi stati di coscienza, tutti gli eventuali segni di dolore diretti o indiretti dei pazienti: tra questi naturalmente rientrano anche sintomi che possono mimare questa condizione come smorfie, vocalizzi, ecc.

Fondamentali in questo compito sono le figure che passano più tempo con il paziente:

- OSS
- Caregivers (colui che si prende cura)

Tali figure andranno sensibilizzate sul tema e indirizzate a cosa prestare attenzione in particolare.

Una volta segnalati i sintomi ci si troverà nella situazione di: possibile manifestazione di dolore.

Si procederà quindi ad un'indagine più approfondita della situazione da parte dell'infermiere, il quale, a questo punto, fa le prime manovre di accertamento per cercare l'origine della sintomatologia e se possibile trattarla (globo vescicale, occlusione intestinale, ecc...).

Se la sintomatologie persiste bisogna effettuare una valutazione più approfondita:

- Se il paziente è al primo accesso in struttura oppure ha effettuato una VALUTAZIONE COMPLETA DEL DOLORE da più di sei mesi va in ogni caso fatta la VALUTAZIONE COMPLETA DEL DOLORE.
- Se paziente ha effettuato una VALUTAZIONE COMPLETA DEL DOLORE da meno di sei mesi bisogna effettuare una VALUTAZIONE DEL DOLORE del paziente.



Valutazione Completa del Dolore

La Valutazione Completa del Dolore è una procedura che il Medico deve fare in 3 casi:

- paziente al primo ingresso in struttura: deve essere effettuata dal medico entro le 24 ore dall'ingresso del paziente;
- paziente con sintomatologia algica che non ha effettuato una Valutazione Completa del Dolore da oltre 6 mesi: in ogni caso il paziente deve ricevere una Valutazione Completa ogni 6 mesi;
- paziente che ha effettuato una Valutazione Completa del Dolore da meno di 6 mesi e in cui la procedura di Rivalutazione (vedi paragrafo successivo) non abbia evidenziato altre possibili patologie confondenti, si tratta quindi di un aggravamento della situazione algica precedente o dell'insorgenza di un nuovo focus algico.

La VALUTAZIONE COMPLETA DEL DOLORE è dunque punto di confluenza raggiungibile da vari percorsi e rappresenta il core della GESTIONE DEL DOLORE.

Tale VALUTAZIONE si divide in 2 parti:

- una infermieristica; ,
- una medica.

La parte infermieristica è necessaria per quantificare il Dolore e per poterlo monitorare nei giorni seguenti.

Per effettuare correttamente questa procedura bisogna innanzitutto discriminare i pazienti in Collaboranti e Non-Collaboranti.

Tale distinzione, che non deve essere utilizzata in maniera eccessivamente rigida, è fondamentale per scegliere scale di valutazione adeguate:



- si utilizzerà la scala NRS

La parte medica è invece tesa a valutare la sede, l'intensità, la suscettibilità, dell'irradiazione, le caratteristiche, le modalità d'insorgenza, la durata del dolore e le modalità di risposta ad eventuali precedenti terapie antalgiche.

Una volta effettuata la VALUTAZIONE è fondamentale procedere alla REGISTRAZIONE dei dati raccolti riportando l'intensità in uno dei GRAFICI DEL DOLORE (che dovranno essere aggiornati nei giorni seguenti in quanto strumento di sorveglianza continua) e compilando correttamente la SCHEDA DEL DOLORE.

Questa valutazione deve essere riportata nella Scheda del Dolore.

Rivalutazione del Dolore

La RIVALUTAZIONE è una variante allo schema tradizionale della valutazione del Dolore ideato per non iper-medicalizzare con farmaci inappropriati disturbi di natura non algica.

Tale variante si applica esclusivamente a pazienti noti, che hanno ricevuto un inquadramento tramite VALUTAZIONE COMPLETA DEL DOLORE a meno di 6 mesi dal sospetto episodio algico.

In tal caso, prima di passare alla VALUTAZIONE COMPLETA DEL DOLORE, bisogna considerare la possibilità che il paziente non abbia avuto un aggravamento della sintomatologia, ma che i segni del dolore possano dipendere da altra causa (algica o non algica).

In questo caso, essendo già stati esclusi i problemi di natura infermieristica, bisogna che il medico provi ad individuare e trattare l'eventuale problema secondario.

Se viene evidenziato un problema secondario che con i trattamenti medici o infermieristici fa regredire la sintomatologia, allora la VALUTAZIONE COMPLETA DEL DOLORE viene rimandata al monitoraggio semestrale o ad un'altra eventuale variazione del quadro clinico; se al contrario la



sintomatologia non risolve si passerà anche in questo caso alla VALUTAZIONE COMPLETA DEL DOLORE.

Trattamento post Valutazione Completa del Dolore

In caso di paziente al primo ingresso in cui non sia stata fatta una valutazione Medico-Infermieristica per escludere le cause confondenti prima della Valutazione Completa del Dolore, bisognerà procedere, prima di qualsiasi trattamento, proprio alla Valutazione Medico-Infermieristica, in modo da non trattare farmacologicamente pazienti che non lo richiedono.

A questo punto ci si può trovare in presenza di 2 tipi di paziente:

- paziente senza dolore o con dolore controllato o paziente con dolore

Se il paziente non ha dolore si pianifica un monitoraggio su base semestrale o in presenza di cambiamenti nel quadro clinico.

Se al contrario vi è dolore si deve impostare un PIANO TERAPEUTICO e monitorare il paziente dopo 45 minuti con NRS.

A questo punto se il dolore persiste bisognerà impostare nuovamente il piano terapeutico.

Una volta inquadrato il paziente, l'andamento del dolore viene valutato periodicamente dall'Infermiere e riportato sul Grafico del Dolore che considera esclusivamente l'intensità del dolore.

In caso di cambiamenti del quadro clinico l'Infermiere avvisa il Medico per attivare o revisionare la terapia antalgica.