



SIMEUP

10° Congresso Nazionale

Torino, 27-29 marzo 2014

Expert Meeting sul dolore:
Un percorso virtuoso



DOLORE

60% accessi in PS
60% pazienti oncologici
100% diagnostiche invasive
70-80 % bambini operati
20% patologie reumatiche
25-20% dolore cronico ricorrente

IL DOLORE NEL BAMBINO: STUMENTI PRATICI DI VALUTAZIONE E TERAPIA 2010

www.salute.gov.it

Problema trasversale
Problema frequente

Problema scontato

1969

**l'uomo sbarca sulla
luna**



1987

**Il neonato sente
dolore**



Sintomo scontato

Sintomo scontato

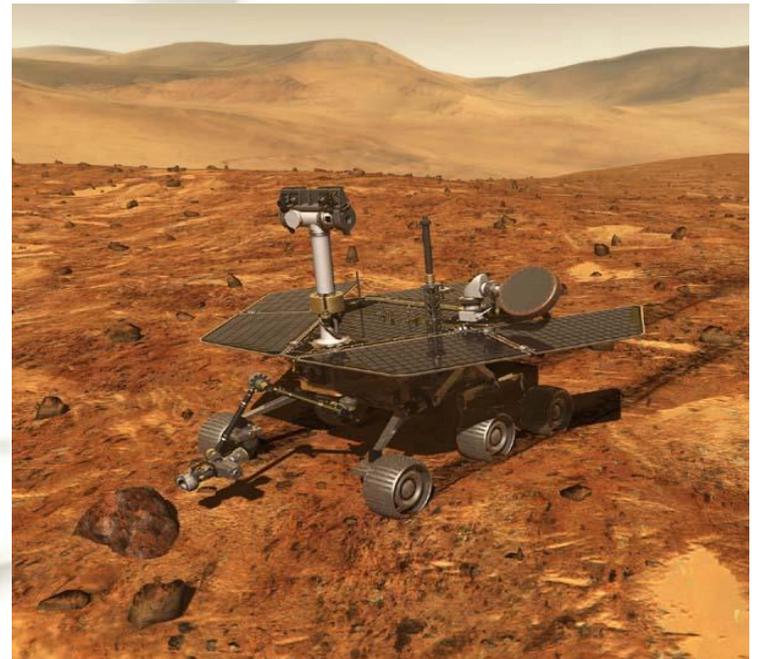
2014

Il feto sente dolore?



2004

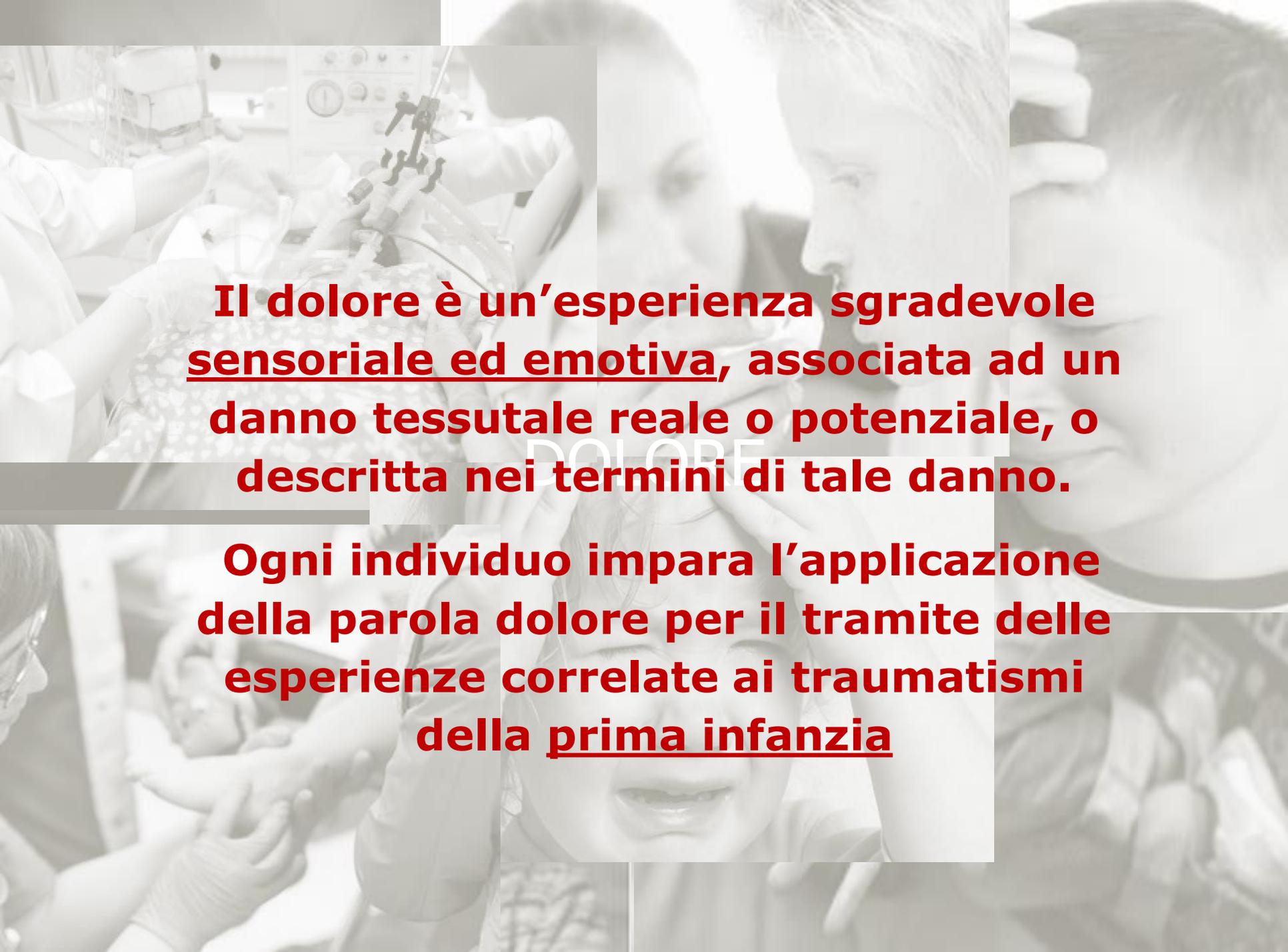
Sonda Spirit atterra su Marte



Pain in children is a public health concern of major significance in most parts of the world. Although the means and knowledge to relieve pain exists, children's pain is often not recognized, is ignored or even denied. These guidelines address the pharmacological

em
ons

The World Health Organization (WHO) estimates that around 5.7 billion people live in countries where moderate and severe pain is not adequately treated. Data from the International Narcotics Control Board (INCB) for 2009 show that more than 90 percent of the global consumption of strong opioids occurred in Australia, Canada, New Zealand, the United States of America, the United Kingdom and several other European countries. This means that their availability was very limited in many countries and regions. Over 80% of the world population will have insufficient analgesia.



Il dolore è un'esperienza sgradevole sensoriale ed emotiva, associata ad un danno tessutale reale o potenziale, o descritta nei termini di tale danno.

Ogni individuo impara l'applicazione della parola dolore per il tramite delle esperienze correlate ai traumi della prima infanzia

DOLORE IN PS

Jhonston CC et al: One-week survey of pain intensity on admission to discharge from ED. J Emerg. Med 1998 ; 16 (3) 377-382

Dolore nell'adulto 58% - nel bambino 47%

Cordell W.H. et al. The high prevalence of pain in Emergency Medical Care. Am J Emerg Med 2002; 20 (3):165-169

Dolore causa di accesso nel 61,2 %

Torino

DOLORE IN PS

Difficoltà Reale

Emergenza

Paziente non Noto

Ampia tipologia di dolore

Dolore come indicatore

Difficoltà organizzativa – culturale

Cultura

Formazione/Abilitazione

Tempi



DOLORE IN PS

Triage assessment in pediatric ED: a national survey. Pediat Emerg care. 2010 Aug; 26 (8): 544-8

..there is wide variability in the parameters assessed and the methodology used.

PAEDIATRIC EMERGENCY MEDICINE



Pain management practices in paediatric emergency departments in Australia and New Zealand: A clinical and organizational audit by National Health and Medical Research Council's National Institute of Clinical Studies and Paediatric Research in Emergency

Conclusion

We found a notable lack of pain assessment documentation in the prehospital and ED settings and delays in time to analgesia in the ED. A prospective study recently completed in 20 US and Canadian ED found a similar lack of analgesia and delays to analgesia.² There is an urgent need to identify barriers and enablers to best practise and implement programmes to improve pain assessment and management in paediatric ED in

orative

group
Australia and New Zealand,
National Health and Medical
lia



REVIEW

Emergency analgesia in the paediatric population. Part II Pharmacological methods of pain relief

S C Maurice, J J O'Donnell, T F Beattie

Emerg Med J 2002;19:101–105

The first paper in this series examined some of the reasons for poor provision of analgesia to children in accident and emergency departments. In this paper we discuss the pharmacological agents available for systemic and local administration in the management of children's pain in the emergency environment.

prepared in several formulations, but tetracaine 1% (10 mg/ml), adrenaline 1:4000 (250 µg/ml), and cocaine 4.0% (40 mg/ml) is effective and carries less risk of toxicity than more concentrated formulations. Both cocaine and tetracaine are potentially toxic and in the concentration described above, the maximum dose of 1.5 ml of TAC per kg of body weight should not be exceeded. TAC should not be used on mucous

located on the World Wide Web at:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/117/5>

Int J Emerg Med (2008) 1:173–177
DOI 10.1007/s12245-008-0047-x

ORIGINAL ARTICLE

Safety of procedural sedation and analgesia in children less than 2 years of age in a pediatric emergency department

Shailendra Misra • Prashant V. Mahajan •
Xinguang Chen • Nirupama Kamnikeswaran

OBIETTIVO



Condivisione di una progettualità
concreta per un cambiamento
reale nella gestione del dolore nel
Pronto Soccorso Pediatrico





IL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO

EXPERT MEETING

Roma, 29 settembre 2009

Esperti di 13 PS Pediatrici

7

PRIORITA'

Stato dell'arte in Italia

Valutazione del dolore

Linee guida / raccomandazioni

Formazione

Strategie d'implementazione

I° Obiettivo

STATO DELL'ARTE

Carenza di Dati
Punto di partenza
Criticità, buchi e risorse
Eccellenze da condividere

Pain In Pediatric Emergency Room (PIPER GROUP)



1. Trieste – Burlo Garofalo
2. Udine – Azienda Ospedaliera
3. Padova – Ospedale dei Bambini
4. Verona – Ospedale Civile Maggiore
5. Milano – San Carlo Borromeo
6. Milano – Buzzi
7. Milano – Policlinico
8. Brescia – Ospedale dei Bambini
9. Torino – Regina Margherita
10. Alessandria – Santi Antonio e Biagio
11. Genova – Gaslini
12. Firenze - Meyer
13. Ancona – Salesi
14. Roma – Bambino Gesù
15. Roma – Policlinico Gemelli
16. Roma – Policlinico Umberto I
17. Napoli – Santobono
18. Bari – Ospedale Giovanni XXIII
19. Palermo – Ospedale dei bambini



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Pain management policies and practices in pediatric emergency care: a nationwide survey of Italian hospitals

Pierpaolo Ferrante¹, Marina Cuttini^{1*}, Tiziana Zangardi², Caterina Tomasello³, Gianni Messi⁴, Nicola Pirozzi³,
Valentina Losacco¹, Simone Piga¹, Franca Benini⁵, for the PIPER Study Group

Abstract

26%
33%
47%
Background: Pain experienced by children in emergency departments (EDs) is often poorly assessed and treated. Although local protocols and training are important to ensure appropriate staff behaviours, few studies have focussed on pain management policies at hospital or department level. This study aimed at describing the policies and reported practices of pain assessment and treatment in a national sample of Italian pediatric EDs, and identifying the associated structural and organisational factors.

Pediatric and maternal and child hospitals, those located in the North of Italy, equipped with medico-surgical-traumatological ED and short stay observation, and providing full assessment triage over 24 hours were more likely to report appropriate policies for pain management both at triage and in ER.

staff educational programs, and parental involvement in pain assessment should be carried out and periodically reinforced.

Keywords: Pediatric pain management, Allogometric scales, Emergency care, Policies

STATO DELL'ARTE

Valutare la gestione del dolore acuto nei PS pediatrici italiani, in termini di:

- a) **misurazione e registrazione del sintomo** (in modo aspecifico e attraverso scale validate);
- b) **trattamento.**

Obiettivi secondari:

- identificare le criticità che possono ostacolare il corretto approccio antalgico, e proporre linee-guida condivise.

Indicatore: **cefalea come sintomo o motivo di ingresso in ps**

Diagnosi

	n.	% (su 485)
Cefalea primaria	108	22
Cefalea secondaria	128	26
Cefalea di ndd	190	39
Altro	59	13

Le caratteristiche della cefalea (n.485)

	n.	%
Già inquadrata dal punto di vista diagnostico:	51	11
Pregresso trauma cranico entro le 72h precedenti:	23	5
Da quanto tempo presenta cefalea:		
Meno di 1h	9	2
Da 1 a 3h	53	11
Da >3 a 6h	57	12
Da >6 a 12h	28	6
Da >12 a 24h	54	11
Da >24h a 3giorni	88	18
>3 giorni (Media 22g, DS 29g)	150	31
Sconosciuto/non segnalato	46	9
Presenza di patologia cronica (almeno 1):	66	14
Sintomi associati (almeno 1):	335	69
Assunzione di farmaci nelle 12h precedenti l'accesso:	161	33

Farmaci assunti nelle 12h precedenti l'accesso al

	n.	% (su 485)
Analgesici non oppioidi	138	28
Analgesici di associazione (paracetamolo codeina)	7	1
Cortisonici	4	0.8
Antibiotici	5	1
Altri farmaci (inclusi diuretici e antinausea)	7	1
Nessun farmaco	324	66.8

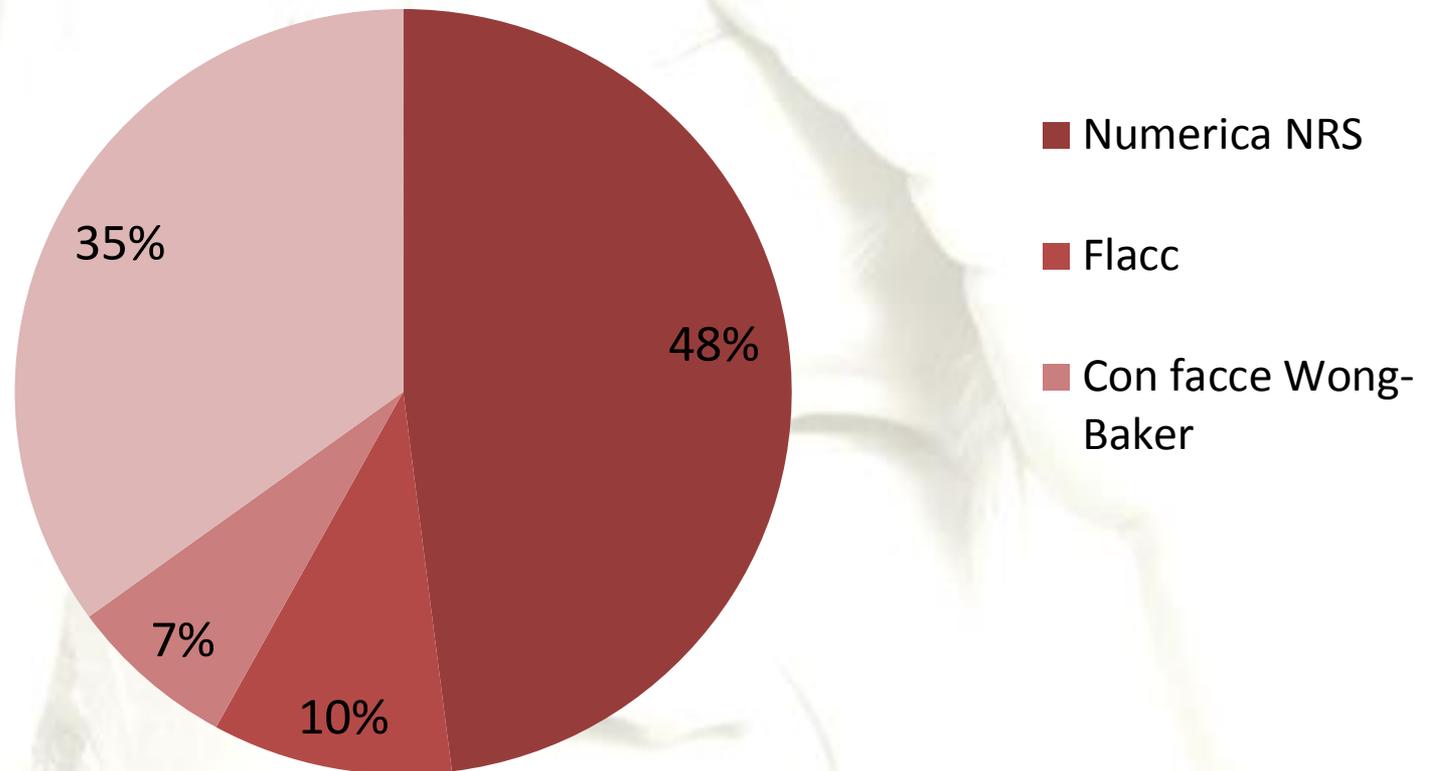
Nessun bambino ha assunto:
- Analgesici oppioidi

La valutazione del dolore al triage

(n. 485)

Valutazione	n.	%
Non effettuata/segnalata	213	44
Solo valutazione indiretta	74	15
Con scala algometrica	198	41

Le scale algometriche utilizzate in triage



La valutazione del dolore al triage (n. 485)

Valutazione	n.	%
Non effettuata/segnalata	213	44
Solo valutazione indiretta	74	15
Con scala algometrica	198	41



Livello del dolore	n.	%
Assente/lieve	102	37
Moderato	104	39
Severo/molto severo	66	24

La rivalutazione del dolore mediante scale in PS e prima della dimissione (n. 485)

Rivalutazione algometrica	n.	%
In Pronto Soccorso	70	14
Prima della dimissione	50	10

Somministrazione di farmaci in DEA n.151 (31%)

INIZIO IN:	n.	%
Triage	20	4
PS	116	24
OBI	13	3
Momento sconosciuto	2	0.4

63% dolore moderato - severo

PRESCRITTI A DOMICILIO:	n.	%
No	162	33
Si	323	67

Tipo di farmaci somministrati (485)

Possibili più farmaci per lo stesso paziente

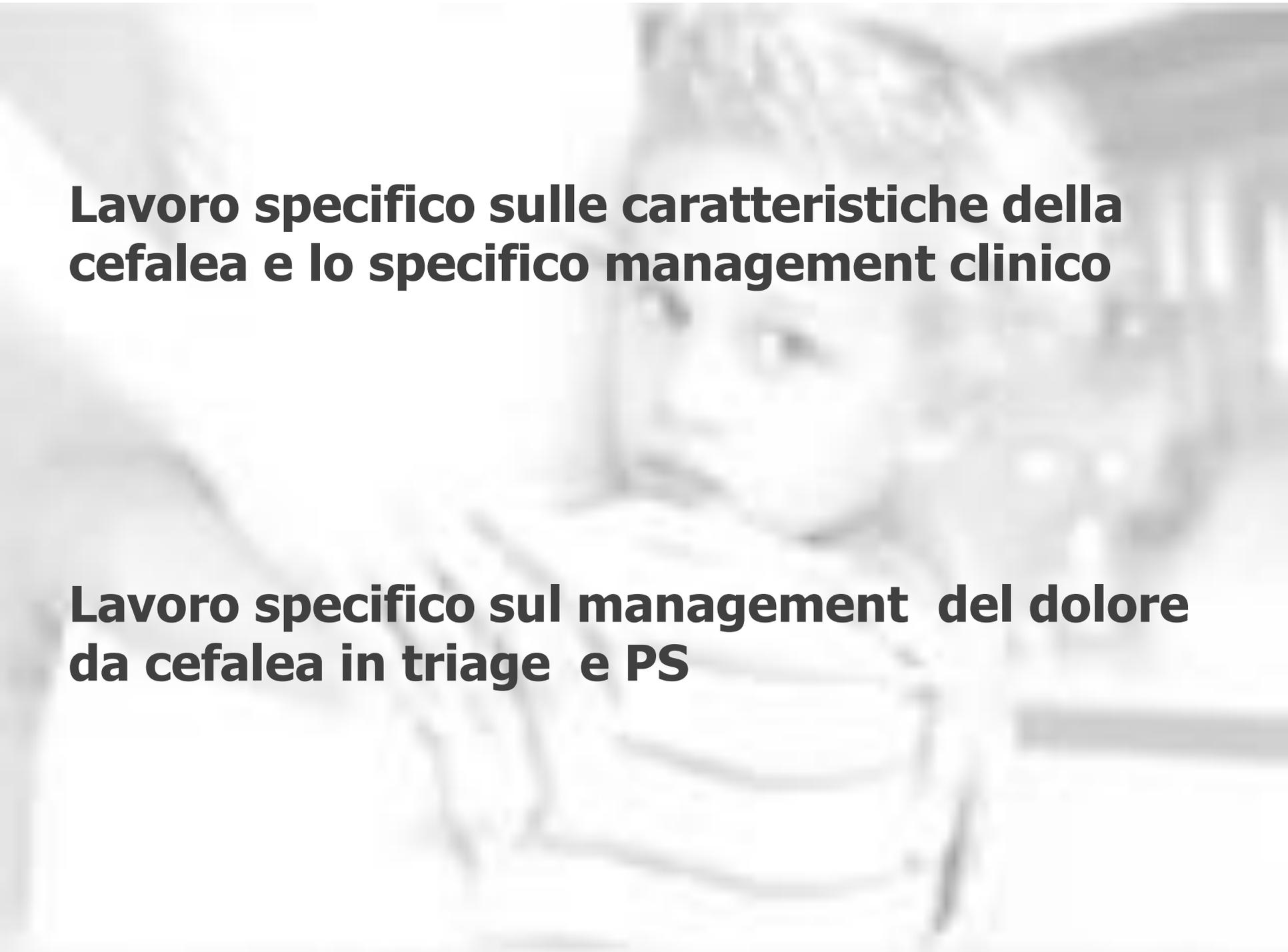
Tipi di farmaci	<12h l'accesso		Triage/PS/O BI		Dimission e	
	n.	%	n.	%	n.	%
Analgesici non oppioidi	138	28	107	22	255	53
Analgesici oppioidi	0	-	0	-	0	-
Analgesici di associazione (paracetamolo e codeina)	7	1	33	7	46	9
Sedativi	0	-	2	0.4	1	0.2
Cortisonici	4	0.8	2	0.4	10	2
Diuretici	1	0.2	0	-	0	-
Antinausea	1	0.2	1	0.2	11	2
Antibiotici	5	1	4	0.8	56	12
Altri farmaci	5	1	18	2	29	6

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

il dolore nei PS pediatrici italiani, è ancora insufficientemente valutato, e l'attenzione al trattamento è limitata.

Aree di criticità :

- Uso di strumenti validati per la misurazione del dolore e timing
- Carenza di Protocolli di terapia
- Carenza di cultura
- Carenza di informazione



Lavoro specifico sulle caratteristiche della cefalea e lo specifico management clinico

Lavoro specifico sul management del dolore da cefalea in triage e PS



IL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO

EXPERT MEETING

Strumenti di informazione/formazione

**Condivisione
Concretezza
Applicabilità**

7

IPOTRATTAMENTO DEL DOLORE NEL BAMBINO IN PRONTO SOCCORSO ¶

I dati raccolti dal Gruppo P.I.P.E.R. (Paio) In Pediatric Emergency Room) nell'ambito dello studio "La gestione del dolore da cefalea in Pronto Soccorso Pediatrico", indicano che il problema dell'ipo-trattamento del dolore pediatrico è nell'emergenza ancora lontano dall'essere superato. ¶

1) SCARSA VALUTAZIONE DEL DOLORE ¶

La misurazione del dolore in Triage è stata eseguita solo al 41% dei bambini che entravano in PS per cefalea. Nel 15% dei casi è stata eseguita una valutazione indiretta. ¶

Le scale del dolore validate, sono l'unico strumento per misurare il dolore nel bambino. Sono a disposizione delle scale semplici, adeguate all'età, efficaci ed applicabili in tutte le realtà ed in tutti i setting. La misurazione del dolore è un parametro necessario per un corretto approccio analgico e per il monitoraggio continuo dell'efficacia del piano terapeutico impostato. La valutazione indiretta del dolore da parte dei genitori e/o dei sanitari, non è efficace per definire la quantità del dolore provato da parte del bambino (la letteratura evidenzia che i genitori tendono a dare delle valutazioni di dolore più alte rispetto al percepito ed i sanitari più basse). ¶

La rivalutazione del dolore, durante la visita in Pronto Soccorso, indipendentemente dalla terapia impostata, è stata effettuata solo nel 14% dei casi ed alla dimissione, solo nel 10% dei casi. ¶

I dati dimostrano che ancora non consideriamo il dolore come sintomo da monitorare. La Legge 38/2010 identifica il dolore come parametro vitale e la sua valutazione e registrazione del dato in cartella clinica, è un dovere del medico e dell'infermiere. ¶

E' QUINDI IMPORTANTE: ¶

- > AVERE A DISPOSIZIONE IN OGNI PSP, STRUMENTI VALIDATI PER OGNI ETA', PER LA MISURAZIONE DEL DOLORE. ¶
- > FORMARE IL PERSONALE E DEFINIRE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI CHE PREVEDANO LA VALUTAZIONE DEL DOLORE ROUTINARIA. ¶

-> 2) LIMITATO UTILIZZO DEI FARMACI ANALGESICI ¶

Soltanto il 4% dei pazienti inizia la terapia analgesica in triage. ¶

Il tempo di attesa al Triage ha superato in molti casi i 60 minuti. Il dolore "inutile", sofferto dai bambini in attesa della valutazione medica, potrebbe essere limitato attraverso un utilizzo precoce di terapia farmacologica e non. ¶

Un cambiamento auspicabile, potrebbe essere la definizione e somministrazione di un primo programma analgesico (farmacologico e non) in triage, da parte del personale infermieristico. Questo richiede la definizione di percorsi formativi, organizzativi e procedure ad hoc. ¶

Solo il 28,2% dei pazienti riceve analgesia durante la visita successiva al Triage ¶

Indipendentemente dalla quota di dolore provato, il ricorso alla analgesia è limitato. Manca ancora formazione e sensibilità da parte del personale medico verso il problema del dolore pediatrico. ¶

E' QUINDI IMPORTANTE: ¶

- > IMPLEMENTARE LA FORMAZIONE MEDICO INFERMIERISTICA SULLA GESTIONE DEL DOLORE NEL BAMBINO ¶
- > DEFINIRE DELLE RACCOMANDAZIONI E BEST PRACTICE CONDISE ¶
- > DEFINIRE DEI PERCORSI ORGANIZZATIVI CHE PREVEDANO UN PRECOCE CONTROLLO DEL DOLORE IN TRIAGE. ¶

3) MANCATA RELAZIONE TRA IL CODICE COLORE ASSEGNATO AL TRIAGE E IL DOLORE SOFFERTO ¶

Sebbene come già detto, la Legge 38/2010 identifichi il dolore come parametro vitale, in pochissimi Pronto Soccorso Pediatrici, il dolore rappresenta una variabile utilizzata per l'assegnazione al Triage del "Codice Colore". E' auspicabile un ripensamento, che preveda in tutti i PSP, l'assegnazione del codice colore anche sulla base della presenza ed entità del sintomo dolore. ¶

E' QUINDI IMPORTANTE: ¶

- > RIVALUTARE IL SINTOMO DOLORE NELLA DEFINIZIONE DEL CODICE COLORE ¶

La gestione del dolore nel bambino

Il bambino, anche molto piccolo, sente dolore.

La letteratura infanzia conferma con certezza che:
 • il neonato (anche gravemente prematuro) e il bambino percepiscono il dolore a parità di intensità del dolore. Il neonato ed il bambino piccolo percepiscono più dolore rispetto le età successive.

Il dolore, in età pediatrica è un sintomo frequente e dannoso. Infatti:
 • è molissime patologie del bambino, si accompagnano a dolore e moltissimi percorsi diagnostici e terapeutici comportano dolore
 • il dolore peggiora la qualità della vita del bambino, ne condiziona le prognosi sia attuale che a distanza ed è fonte importante di ansia e stress
 • il dolore è fra tutti, il sintomo che più pesa, preoccupa ed impaurisce la famiglia.

Il dolore pertanto deve essere sempre VALUTATO e TRATTATO in maniera adeguata.

Nel bambino il dolore va sempre misurato: perché?

Per gestire il dolore il modo efficace, è necessario misurarlo, cioè renderlo quantificabile. Utilizzare strumenti adeguati, efficaci e validati, che misurano.

La misurazione corretta del dolore prevede, in ogni caso, che il bambino stesso si dia l'indicazione soggettiva del dolore. Entero solo valutare che occorre l'averlo di dolore con la misurazione del proprio dolore.

Quando per età o psicopatologia il bambino non è in grado di esprimere il dolore, operatori e genitori devono utilizzare scale di valutazione del dolore, dove la misurazione del dolore viene fatta osservando le modificazioni del Comportamento del bambino e nei momenti fisiologici (ad esempio durante il sonno).

Quali scale sono le più adatte per valutare il dolore nei bambini?

- 1) Scala FLACC per bambini d'età 0-3 anni o per bambini che per deficit motori o cognitivi non possono fornire una valutazione soggettiva.
 - 2) Scala con la faccia di Wong-Baker per bambini d'età > 3 anni.
 - 3) Scala numerica per bambini d'età > 8 anni.
- N.B. In caso di dubbio, si possono usare anche due metodi.

Bambini di età < 3 anni Scala FLACC

Neonato e bambino in età pre-verbale al di sotto dei 3 anni: scala FLACC

Categoria	Punteggio		
	0	1	2
Volto	Espressione neutra e calma	Espressione di irritazione o disagio	Espressione di dolore
Gridare	Assenza di pianto	Gridare a bassa voce	Gridare a alta voce
Attività	Assenza di attività	Attività ridotta	Attività normale
Postura	Assenza di postura di dolore	Postura di dolore	Postura di dolore
Consolabilità	Facile da consolare	Difficile da consolare	Difficile da consolare

Opuscolo di classificazione (Nilsby M, Gartin G, Jönsson M, Flaxman P, Cronvall G) viene consegnato da 0 a 3 con un punteggio totale da 0 a 10 (DRC, University of Michigan, with permission). Può essere usato anche dai genitori per il monitoraggio del dolore a domicilio.

- Le pratiche in pillole per l'applicazione della scala FLACC:
1. Osservare il bambino e il caregiver per segni che indicano il dolore.
 2. Passare in mano di ogni osservatore il questionario di scala FLACC e il video di istruzioni.
 3. Passare il video di istruzioni al caregiver e al bambino.
 4. Passare il video di istruzioni al caregiver e al bambino.
 5. Passare il video di istruzioni al caregiver e al bambino.

Bambino di età > 3 anni: Scala di Wong-Baker



La scala di Wong-Baker è costituita da sei faccine, da quella sorridente corrispondente a "nessun male" a quella che piange, corrispondente a "il peggio male possibile". Va somministrata al bambino chiedendogli di indicare la faccina che corrisponde al male che prova in questo momento. A ogni faccina corrisponde un numero che va da 0 a 10. Si usa generalmente il termine "male" per età da 3 a 5 anni, il termine "dolore" per età da 6 a 7 anni.

Le pratiche in pillole per l'applicazione della scala di Wong-Baker:
 Per aiutare il bambino a scegliere, si può suggerire che la faccina corrispondente a nessun male (0) corrisponda al "facce male" che si può avere con la mamma e che quella estrema corrispondente al peggio male possibile rappresenti il "facce che ha il peggio male" che si può immaginare, anche se non è necessario che tu pianga quando hai così quel male" (esempio: DRC, Wong-Baker MACCS™ Foundation, www.WongBakerFACES.org. Used with permission).

Bambino di età ≥ 8 anni: Scala numerica



Per i bambini d'età > 8 anni, il bambino che abbia sviluppato le capacità di proporzionalità, può essere utilizzato la scala numerica. Si tratta di una scala orientata orizzontalmente (lunghezza pari a 10 cm), su cui si specificano ancora verbalmente le due estremità (per facilitare la comprensione del livello di dolore), e cui sono state contrassegnate da "nessun dolore" e "il peggio dolore possibile".

Le pratiche in pillole per l'applicazione della scala numerica:
 Si divide il bambino di indicare l'intensità di dolore che prova scegliendo il numero corrispondente. Può essere aiutata anche il genitori per il monitoraggio/valutazione del dolore a domicilio.

Nel bambino il dolore va sempre trattato: perché?

- Il dolore peggiora la qualità della vita e della assistenza.
- Il dolore peggiora, senza opportuna analgesia, determinando modificazioni strutturali e funzionali permanenti del sistema neuroendocrino-immunitario. Questo comporta per tutta la vita e modifica la soglia del dolore.
- A volte la età, una attività dolorosa lascia tracce nella memoria ed è sempre possibile la cronizzazione del dolore.
- Gli effetti negativi del dolore sulla prognosi attuale e futura sono maggiori in età neurologica-pediatria rispetto alle età successive.
- Un'adeguata terapia analgesica attenua tutti gli effetti negativi del dolore (attuale e a distanza).

Il trattamento non farmacologico del dolore

Le tecniche non farmacologiche più adeguate per fascia di età

Età	Metodi
0-2 anni	Contatto fisico con il bambino: toccare, accarezzare, cullare. Ascoltare musica, giocare sopra la culla.
3-6 anni	Giocare con pupazzi, raccontare storie, leggere libri, respirazione e bolle di sapone, giuoco magico.
4-6 anni	Respirazione, racconto di storie, gioco con pupazzi, parlare dei luoghi preferiti, guardare la televisione, giuoco magico, visualizzazione, coinvolgimento.
6-11 anni	Musica, respirazione, contare, parlare dei luoghi preferiti, guardare la TV, visualizzazione, gioco dell'interuttore.
11-13 anni	Musica, respirazione, visualizzazione, gioco dell'interuttore.

Il trattamento farmacologico del dolore

Paracetamolo

Il paracetamolo è il farmaco di prima scelta per il trattamento del dolore acuto e cronico. È sicuro e tollerato bene. Non ha effetti collaterali significativi. Non ha effetti sulla crescita e sullo sviluppo del bambino. Non peggiora le condizioni di salute del bambino e non interferisce con le terapie farmacologiche. Non ha effetti collaterali significativi.

Farmaci antinfiammatori non steroidei (Ibuprofene, Ketorolac, Ketoprofene, Indometacina, Acido Acetilsalicilico, Naprossene)

Alcuni farmaci sono controindicati o vanno usati con cautela. Il paracetamolo è il farmaco di prima scelta per il trattamento del dolore acuto e cronico. È sicuro e tollerato bene. Non ha effetti collaterali significativi. Non ha effetti sulla crescita e sullo sviluppo del bambino. Non peggiora le condizioni di salute del bambino e non interferisce con le terapie farmacologiche. Non ha effetti collaterali significativi.

Farmaci oppioidi

I farmaci oppioidi sono indicati per il trattamento del dolore acuto e cronico. Sono efficaci e sicuri. Non hanno effetti collaterali significativi.

La pratica in pillole per l'uso degli oppioidi

- 1. Valutare il dolore e il grado di disagio del bambino.
- 2. Valutare il dolore e il grado di disagio del bambino.
- 3. Valutare il dolore e il grado di disagio del bambino.
- 4. Valutare il dolore e il grado di disagio del bambino.
- 5. Valutare il dolore e il grado di disagio del bambino.

Dosaggi consigliati di paracetamolo e dei principali FANS

Tipo	Via	Dose (< 30 kg)	Dose max
Paracetamolo	orale	Carina 10 mg/kg Poi 10-15 mg/kg ogni 4-6 h	10 mg/kg/die 100 mg/kg in 24 ore (max 5-6 mg/kg in un'ora)
	retinale	Carina 10 mg/kg Poi 10-15 mg/kg ogni 4-6 h	10 mg/kg/die 100 mg/kg in 24 ore (max 5-6 mg/kg in un'ora)
Ketorolac	orale	0,5 mg/kg ogni 6-8 h	2 mg/kg/die
Ibuprofene	orale	10 mg/kg ogni 6-8 h	40 mg/kg/die
Ketoprofene	orale	1 mg/kg ogni 6-8 h	7 mg/kg/die
Indometacina	orale	1 mg/kg ogni 8 h	3 mg/kg/die
Acido acetilsalicilico	orale	10 mg/kg ogni 4-6 h	40 mg/kg/die
Naprossene	orale	10 mg/kg ogni 8-12 h	20 mg/kg/die

Dosaggi consigliati dei principali farmaci oppioidi

Opioide	Tipo	Via	Dose max
Opioide debole	Codina	orale	0,5-1 mg/kg ogni 4-6 h
	Tramadol	orale	0,5-1 mg/kg ogni 4-6 h 0,3 mg/kg ogni 4-6 h
Opioide forte	Oxycodone	orale	0,2-0,3 mg/kg ogni 4-6 h
	Fentanyl	orale	0,01-0,02 mg/kg ogni 4-6 h
	Morfina	orale	0,1-0,2 mg/kg ogni 4-6 h

INDICE

TESTATA	READERSHIP UTENTI UNICI MESE	DATA	TIPOLOGIA DI STAMPA
OGGINOTIZIE.IT	52.147	26-mar	online
YOURSELF.IT	34.916	26-mar	online
QUOTIDIANOSANITA.IT	19.952	26-mar	online
GOSALUTE.IT	1.000	25-mar	online
NANOPRESS.IT	92.957	25-mar	online
NOTIZIE.TISCALI.IT	1.609.736	25-mar	online
PIANETAMAMMA.IT	133.767	25-mar	online
ITALIA-NEWS.IT	4.308	25-mar	online
INTOPIC.IT	136.035	25-mar	online
SALUTEDOMANI.COM	1.066	25-mar	online
PEGASONEWS.INFO	1.000	25-mar	online
BENESSERE.COM	40.131	25-mar	online
PAGESANITARIE.COM	17.912	25-mar	online
SALUTE.PIAZZAGRANDE.INFO	20.859	25-mar	online
LIQUIDAREA.COM	5.442	25-mar	online
INFORMAZIONE.IT	104.293	25-mar	online
INFORMAZIONE.IT	104.293	25-mar	online
MAMMEDOMANI.IT	3.243	25-mar	online
CLICMEDICINA.IT	4.762	25-mar	online
GOSSIP.LIBERO.IT	7.708.595	25-mar	online
247.LIBERO.IT	7.708.595	25-mar	online

ILVELINO.IT	31.062	25-mar	online
GOSSIP.LIBERO.IT	7.708.595	25-mar	online
247.LIBERO.IT	7.708.595	25-mar	online
ANSA.IT	1.246.979	25-mar	online
AGENZIA DIRE - REDATTORE SOCIALE	N.D.	25-mar	agenzia
IL VELINO	N.D.	25-mar	agenzia
ADNKRONOS SALUTE	N.D.	25-mar	agenzia
ANSA	N.D.	25-mar	agenzia
TOT. USCITE			29
TOT. READERSHIP			34.500.240

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **14**

APPALTI. La relazione annuale dell'Autorità sui contratti pubblici

A PAG. **15**

MARCHE. Dalla Giunta le linee guida per costi e strutture extra-ospedaliere

A PAG. **18**

MERCATI&NEWS. In arrivo pacemaker Sorin per le apnee notturne

Il progetto Piper passa al setaccio 19 pronto soccorso pediatrici per testare l'utilizzo di terapie analgesiche

Dolore pediatrico: le lacune dei Ps

Obiettivo: definire una raccomandazione per la gestione dei piccoli pazienti nei Dea

C'è un buco nero del 33% di mancata prescrizione di farmaci antidolorifici in seguito ad accessi nei pronto soccorso da parte di pazienti pediatrici. È uno dei risultati emersi dalla prima fase del Progetto «Piper» (Pain In Pediatric Emergency Room), che dal 2010 a oggi - con il contributo incondizionato di Angelini - ha raccolto l'esperienza di 19 Ps pediatrici nella gestione del dolore, dalla fase di triage alla dimissione.

Da un primo monitoraggio sullo stato dell'arte, presentato da Franca Benini, coordinatrice del progetto e responsabile del Centro regionale veneto di terapia antalgica e cure palliative pediatriche, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Padova, in occasione dell'avvio del progetto «Spegni il dolore-La rete delle lampade» (v. articolo in pagina) emerge come nel 36,8% dei casi trattati, la valutazione del dolore non viene applicata «sempre» né in fase di triage né in pronto soccorso. Nel 31,6% dei casi non si utilizzano scale algometriche per la misurazione del dolore, nel 21,1% dei casi la presenza del dolore non viene neanche registrata nella cartella clinica e nel 47,4% dei casi non viene applicato alcun protocollo nel trattamento del dolore. La sommini-



partimenti di emergenza accettazione (Dea), avviene solo nel 4% dei casi in fase di triage, nel 24% dei casi in pronto soccorso, nel 3% dei casi in Osservazione breve intensiva (Obi) e nello 0,4% dei casi in un momento sconosciuto. La prescrizione di antidolorifici a domicilio avviene nel 67% dei casi, con un buco di gestione, ancora molto

«Lo scopo finale della ricerca - spiega Benini - è di favorire la stesura di raccomandazioni per la gestione di ogni tipologia di dolore all'interno dei pronto soccorso pediatrici e di individuare una strategia giuridicamente valida per usare terapie farmacologiche e non, contro il dolore. I primi due protocolli interesseranno la fase di triage e il dolore da procedura». La necessità di monitorare il dolore pediatrico è evidente e gli strumenti ci sono tutti: dagli algometri alle scale di misurazione del dolore nei neonati pretermine, nei bambini con problemi cognitivi/neuromotori o nel paziente critico.

Le conseguenze della mancata gestione del dolore sono gravi anche sul «futuro» del bambino. «Sul paziente - spiega Benini - il dolore non trattato condiziona il maggior dolore percepito negli episodi successivi, nonostante un adeguato controllo ed è fonte di ansia e di stress nelle esperienze successive, mentre al contrario un trattamento corretto abbatta l'ansia dei familiari, migliora i rapporti con lo staff e migliora l'adesione al programma». Un'appropriatezza che tra l'altro si riflette anche su una riduzione dei costi dell'assistenza.

Rosanna Magnano

LAVORI IN CORSO

Un network di eccellenze con la Rete delle lampade

Definire una griglia che stabilisca le aree d'intervento per realizzare un adeguato controllo del dolore in ambito pediatrico e quantifichi una gradualità di realizzazione. È questo l'obiettivo del progetto «Spegni il dolore - La rete delle lampade» promossa dall'associazione di pazienti «Vivere senza dolore» in collaborazione con la Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio e sotto la direzione scientifica di Franca Benini. A tutti i reparti di pediatria italiani sarà proposto di valutare il proprio livello di intervento sul dolore del bambino, sulla base degli indicatori definiti dal «gruppo di saggi». Scopo finale è anche quello di creare un network denominata appunto «la rete delle lampade», lampade vere realizzate materialmente dai bambini ricoverati nei reparti che saranno consegnate alle strutture. Il risultato sarà quello di stabilire una griglia di valutazione che permetta di: definire il livello di gestione del dolore pediatrico, individuare le criticità, monitorare gli interventi, costruire una condivisione con le altre strutture. La Fondazione Maruzza e la dottoressa Benini hanno ricevuto il 19 luglio scorso dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, rispettivamente la medaglia d'oro e la medaglia di bronzo al merito della sanità pubblica.



IL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO

EXPERT MEETING

Roma, 4 ottobre 2013

Esperti di 19 PS Pediatrici

7

OBIETTIVO

CLINICO

ORGANIZZATIVO

OBIETTIVO CLINICO

POSITION PAPER PER LA GESTIONE DEL DOLORE PROCEDURALE

**Rachicentesi
Sutura chirurgica
Venipuntura**

OBIETTIVO ORGANIZZATIVO

POSITION PAPER PER LA GESTIONE DEL DOLORE IN TRIAGE



Login

Inserisca le sue credenziali

Username

Password

LOGIN

Componga le Sue chiavi di accesso Medikey

Il contenuto da lei richiesto è protetto ai sensi della circolare MIN.SAN.
Dipartimento Valutazione Farmaci e Farmacovigilanza n.800.I/15/1267 del 22
marzo 2000.

Per accedere è necessaria l'iscrizione a Medikey

FILMATO a disposizione

PS pediatrici

PS adulti

Reparti di Pediatria

Pediatri di libera scelta

.....



IL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO
EXPERT MEETING

Il Futuro

Esperti di 19 PS Pediatrici

7

clinica

Farmaci in fase di pre-ricovero

Patologie emergenti/complesse

Procedure

Terapia non farmacologica

Use of a Clinical pathway to improve the acute management of vaso-occlusive crisis in pediatric sickle cell disease. *Pediatr Blood cancer* 2014 Apr 61(4):693

Out-of-hospital emergency medicine in pediatric patient: prevalence and management of pain. *Am J Emerg Med.* 2010 Aug 2 .

Categorie di pazienti “speciali”

Psycopatology and disability in children with unexplained chest pain presenting to the pediatric ED. *Pediatr Emerg care* 2010 Nov; 26(11):830-6

PROCEDURE

Does nebulized lidocaine reduce the pain and distress of nasogastric tube insertion in young children? (pediatrics 2009 Jun; 123 (6): 1548-55

A randomized clinical trial of lidocaine gel for reducing infant distress during urethral catheterization *pediatr Emerg care* 2009 Jul; 25(7):439-43

Non farmacologico

Pain management of musculoskeletal injuries in children: current state and future directions. *Pediat Emerg Care* 2010 Jul; 26(7): 518-24

Organizzativo

Qualità

Strategie di implementazione



CLINICAL REPORT

Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems

Joel A. Fein, MD, MPH, William T. Zempsky, MD, MPH,
Joseph P. Cravero, MD, and THE COMMITTEE ON PEDIATRIC
EMERGENCY MEDICINE AND SECTION ON ANESTHESIOLOGY
AND PAIN MEDICINE

KEY WORDS

pain, stress, anxiety, analgesia, opiates, topical anesthesia

ABBREVIATIONS

ED—emergency department

EMS—emergency medical services

IV—intravenous

NPO—nil per os

This document is copyrighted and is property of the American Academy of Pediatrics and its Board of Directors. All authors have filed conflict of interest statements with the American Academy of Pediatrics. Any conflicts have been resolved through a process approved by the Board of Directors. The American Academy of Pediatrics has neither solicited nor accepted any commercial involvement in the development of the content of this publication.

The guidance in this report does not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

abstract

FREE

Control of pain and stress for children is a vital component of emergency medical care. Timely administration of analgesia affects the entire emergency medical experience and can have a lasting effect on a child's and family's reaction to current and future medical care. A systematic approach to pain management and anxiolysis, including staff education and protocol development, can provide comfort to children in the emergency setting and improve staff and family satisfaction. *Pediatrics* 2012;130:e1391–e1405

BACKGROUND

A systematic approach to pain management is required to ensure relief of pain and anxiety for children who enter into the emergency medical system, which includes all emergency medical services (EMS) agencies, interfacility critical care transport teams, and the emergency department (ED).¹ The administration of appropriate analgesia in children varies by age as well as by training of the ED team (which includes physicians, nurses, physician assistants, and nurse practitioners), however, and still lags behind analgesia provided for adults in similar situations.² Furthermore,

Reported practice variation in pediatric pain management: a survey of Canadian pediatric emergency physicians. CJEM 2013:15 (0)

An intervention to improve pain management in the pediatric ED. Pediatr Emerg Care 2012 Jun; 28 (6)

**Impact of a program to improve pain management in a ED.
Eur J Emerg Med. 2009 Jun 18.**

Triage pain scale cannot predict analgesia provision to pediatric patient.. Am J Emerg Med 2010 May 28 (4)

Association of pain score documentation and analgesic use in a pediatric ED. Pediatr Emerg Care 2012 Dec; 28 (12)

PIPER IL LAVORO FUTURO



Clinico

Proseguire con la messa a disposizione di Best Practice/Position paper
Rivalutazione a distanza della gestione del dolore in PS

Ricerca

Avvio di un lavoro policentrico focalizzato su utilizzo dei non oppioidi in PS pediatrico

Informazione

Sondaggio della qualità della gestione del dolore

