



La gestione del dolore nel bambino in pronto soccorso: survey negli ospedali italiani

Franca Benini*, Emanuele Castagno**, Gregorio Paolo Milani***

*Centro di Riferimento Veneto di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche, Università di Padova

**SC Pediatria d'Urgenza, Ospedale Infantile Regina Margherita; AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

***Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano

Background: il dolore è un sintomo frequente in età pediatrica, soprattutto nel setting dell'emergenza/urgenza e nonostante ciò la gestione del sintomo nella pratica clinica è ancora inadeguata.

Obiettivi: fornire una valutazione aggiornata dello stato dell'arte della gestione del dolore pediatrico nei pronto soccorso degli ospedali italiani.

Materiali e metodi: sono stati coinvolti 46 pronto soccorso italiani aderenti al Gruppo di Studio PIPER ("Pain In Pediatric Emergency Room"). A questi centri è stato inviato un questionario relativo alle modalità di gestione del dolore nei bambini in pronto soccorso. Le informazioni raccolte erano relative a: caratteristiche e organizzazione del pronto soccorso, frequenza e modalità di valutazione e misurazione del dolore, presenza di protocolli scritti per la gestione farmacologica e non del dolore, aderenza e messa in atto delle strategie e Best Practice elaborate dal GdS PIPER. Sui dati raccolti è stata eseguita un'analisi descrittiva.

Risultati: tutti i centri PIPER hanno accettato di partecipare. I centri coinvolti hanno avuto globalmente nel periodo considerato più di 900.000 accessi in pronto soccorso. Il 74% dei centri misura il dolore in triage (infermiere) e di questi l'80% registra il dato algometrico raccolto in cartella clinica, dato che nei 2/3 dei casi è un sintomo sufficiente per assegnare un codice al triage.

Il 56% dei medici misura sempre il dolore al momento della prima visita in pronto soccorso e il 28% lo rivaluta anche successivamente per misurare l'efficacia della terapia impostata. L'adesione a PIPER ha comportato nell'80% dei centri un cambiamento significativo nel corretto utilizzo dei farmaci antidolorifici e una maggiore sensibilità alla tematica e attitudine alla gestione del dolore.

Nell'89% dei centri si è dato avvio a percorsi formativi sul tema, nel 59% alla proposta e sviluppo di protocolli di gestione e nel 72% all'introduzione di nuovi strumenti per la misurazione del dolore.

Conclusioni: la corretta gestione del dolore nel bambino nel setting dell'emergenza/urgenza rappresenta oggi un obiettivo ancora da raggiungere. Lo studio di nuove modalità organizzative, la formazione rivolta al personale sanitario, l'informazione rivolta all'utenza e la ricerca, rappresentano gli strumenti adeguati per determinare il cambiamento reale nella gestione del dolore nel bambino in pronto soccorso. Da una prima valutazione quanto il GdS PIPER ha proposto e realizzato in questi anni di attività, ha un ruolo importante nell'implementazione di questo cambiamento.

Background: pain is a frequent symptom in pediatric age, especially in the emergency/urgency setting, despite this, the management of the symptom in clinical practice is still inadequate.

Objectives: to provide an updated assessment of the state of the art of pediatric pain management in the emergency rooms of Italian hospitals.

Materials and methods: 46 Italian emergency departments participating in the PIPER Study Group ("Pain In Pediatric Emergency Room") were involved. A questionnaire was sent to these centers pain management in children in the emergency room. The information collected related to: characteristics and organization of first aid, frequency and methods of pain assessment and measurement, presence of written protocols for both pharmacological and non pharmacological pain management, adherence and implementation of strategies and Best Practices elaborated by the GdS PIPER. A descriptive analysis was performed on the data collected.

Results: all PIPER centers agreed to participate. The centers involved had more than 900,000 accesses to the emergency room in the period in question. 74% of the centers measure pain in triage (nurse) and of these 80% record the algometric data collected in clinical records, given that in 2/3 of the cases it is a sufficient symptom to assign a code to the triage. 56% of the doctors always measure the pain at the time of the first visit to the emergency room and 28% also re-evaluate it later to measure the effectiveness of therapy. The adhesion to PIPER resulted in a significant change in 80% of centers in the correct use of anti-pain medication and greater sensitivity to the issue and aptitude for pain management. In 89% of the centers training courses were launched, in 59% the proposal and development of management protocols and in 72% the introduction of new tools for measuring pain were accepted.

Conclusions: the correct management of pain in children in the emergency/urgency setting represents a goal that is still to be achieved.

The study of new methods, the training for health personnel, information for users and research, are all appropriate tools to determine the real change in pain management in the child in the emergency room. From an initial assessment of how much the GdS PIPER has proposed and implemented in these years of activity, it is evident that it has an important role in the implementation of this change.

Introduzione

Nell'ambito dell'emergenza pediatrica, il dolore è un sintomo frequente che, indipendentemente dalla patologia e dall'età del bambi-

no, mina in maniera importante l'integrità fisica e psichica del paziente e preoccupa i suoi familiari con un notevole impatto sulla qualità della vita e sul percepito dell'assistenza [1].

Il 60% dei bambini che giungono in pronto soccorso (PS) presenta dolore come sintomo prioritario o di accompagnamento [2]. Tuttavia tale sintomo può non esse-

re preso in carico in maniera adeguata e, quando questo avviene, peggiora la qualità della vita dei bambini e spesso incrina le relazioni tra familiari e operatori [3].

Negli ultimi anni la letteratura si è arricchita di molti lavori e ricerche sulla gestione del dolore pediatrico in PS. A livello clinico infatti progressi importanti sono stati fatti sia nella valutazione/misurazione del dolore nelle diverse età e nelle diverse situazioni cliniche, che nella definizione di un adeguato approccio terapeutico (farmacologico e non) [4,5].

Si può quindi confermare che attualmente le conoscenze raggiunte e gli strumenti a disposizione sono tali e tanti da poter assicurare la possibilità di un corretto ed efficace approccio antalgico (valutazione-misurazione e terapia) nella maggior parte delle situazioni [6].

Tuttavia, è ancora limitata l'attenzione degli operatori sanitari al problema e, nonostante la disponibilità di strumenti efficaci e la possibilità concreta di dare risposte adeguate, moltissime sono tuttora le conferme da varie parti del mondo che evidenziano come la gestione del dolore pediatrico in PS sia lontana dalle reali possibilità d'intervento [7-11]. Obiettivo di questo lavoro è fornire un aggiornamento sullo stato dell'arte della gestione del dolore pediatrico nei PS italiani, analizzando, attraverso la somministrazione di un questionario, il livello e la qualità di assessment e di approccio terapeutico.

Materiali e metodi

Il gruppo di studio PIPER raccoglie dal 2009 esperti dei PS Italiani (46 nel 2016) con l'obiettivo di condividere una progettualità concreta per un cambiamento attuabile nella gestione del dolore nel bambino nei pronto soccorso italiani. La

progettualità messa in atto ha riguardato ambiti diversi quali la formazione, l'informazione, la messa a disposizione di strumenti e best practices condivise nonché la ricerca [7-10]. Per la realizzazione di questo studio, tutti e 46 i PS italiani appartenenti al gruppo di PIPER sono stati invitati durante la riunione annuale del 2016. Durante tale riunione sono stati presentati gli obiettivi e la struttura di una survey relativa alla valutazione dello stato dell'arte della gestione del dolore pediatrico nei PS italiani. I centri sono stati poi ricontattati via email ed è stata raccolta la formale adesione allo studio. Fatto ciò è stato quindi spedito un questionario che indagava:

- 1 aspetti generali relativi dell'ospedale di appartenenza e al PS;
- 2 numerosità di ingressi pediatrici relativi all'anno 2016;
- 3 informazioni relative alla policy seguita relativamente alla valutazione-misurazione e terapia del dolore sia per gli infermieri che per i medici;
- 4 aspetti relativi alla frequenza della misurazione del dolore (mai – qualche volta – sempre) nonché gli strumenti utilizzati;
- 5 presenza di protocolli scritti di terapia antalgica farmacologica e non farmacologica;
- 6 anno di adesione a PIPER e strategie PIPER adottate.

Sui dati raccolti è stata eseguita un'analisi descrittiva.

Risultati

Tutti e 46 i centri a cui è stato proposto lo studio hanno aderito. I centri coinvolti sono su tutto il territorio italiano (Tabella 1) e hanno differenti strutture: dispongono di un pronto soccorso all'interno di un ospedale pediatrico, di un pronto soccorso

pediatrico all'interno di un ospedale generalista oppure hanno dei consulenti pediatrici all'interno di un pronto soccorso generale (Figura 1). Tutti i centri coinvolti dispongono inoltre di un triage attivo 24 ore su 24 e 36 (78%) di questi eseguono un triage globale (first look, anamnesi, esame obiettivo con parametri vitali) del paziente all'arrivo in pronto soccorso. Nell'anno preso in considerazione (2016), i centri coinvolti hanno accolto in PS un totale di 903.866 pazienti (di cui il 93% con un'età ≤ 14 anni).

TABELLA 1. Distribuzione sul territorio italiano dei centri aderenti a PIPER

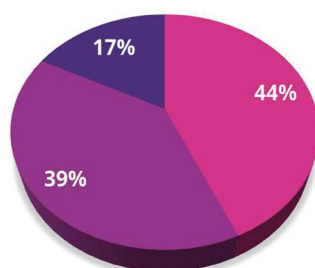
	Numero di centri (%)
Nord	30 (65)
Centro	8 (17)
Sud	5 (11)
Isole	3 (7)

Dalle risposte alla survey emerge che al triage il dolore viene misurato "sempre" in 34 dei 46 centri (74%) "mai" in 2 centri (4,3%), "qualche volta" (soprattutto in caso di dolore evidente o patologie selezionate) in 10 centri (21,7%), (Figura 2, sinistra). In 38 centri (82,7%) la misurazione del dolore viene eseguita utilizzando scale algometriche validate. In 32 centri si usano routinariamente tre scale algometriche diverse specifiche delle diverse età pediatriche e in 5 di questi si usa una quarta scala validata per la misurazione del dolore nei pazienti con problemi cognitivi/motori. Nell'80% dei centri il dato algometrico raccolto viene registrato in cartella clinica e nei 2/3 dei centri l'intensità del dolore è un criterio sufficiente per l'attribuzione del codice al triage.

Nei centri coinvolti sono a disposizione protocolli infermieristici per l'uso di scale algometriche (65%), per la gestione farmacologica (54%) e per il trattamento non farmacologico del dolore (46%). L'infermiere può somministrare in caso di dolore paracetamolo nel 50% dei centri, ibuprofene nel 30% dei centri e crema e gel anestetici nel 22,5% dei centri.

La terapia non farmacologica utilizzata comprende il racconto di storie in 16 centri, video/giochi elettronici in 18, musica in 10 centri, bolle di sapone in 22 centri, tecniche di respirazione in 10, tecniche di desensibilizzazione in 8, crioanalgesia in 4 centri. Nel 35% dei centri l'infermiere non può invece somministrare alcuna terapia antidolorifica. Quasi un infermiere su 10 non ha mai ricevuto una formazione sulla gestione del dolore, mentre più del 50% ha

STRUTTURA DEI PS ITALIANI COINVOLTI NELLO STUDIO



- Pronto soccorso all'interno di un ospedale pediatrico
- Pronto soccorso all'interno di un ospedale generalista
- Consulente pediatrico all'interno di un pronto soccorso generalista

Figura 1. Tipologie di struttura di pronto soccorso dei 46 centri aderenti al Gruppo PIPER e che hanno aderito alla survey.

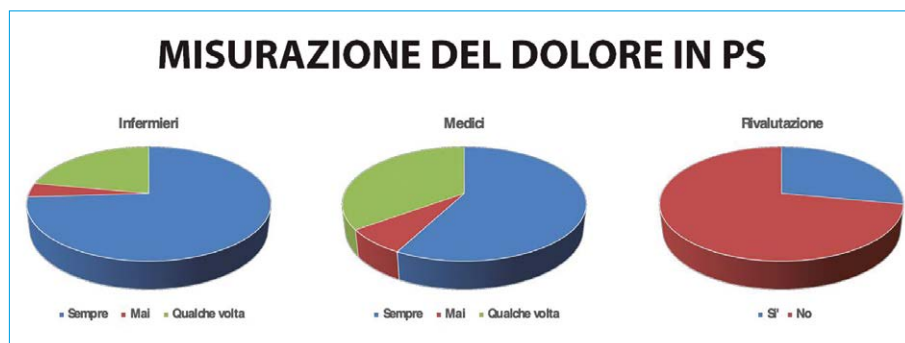


Figura 2. Nell'immagine è mostrata la percentuale di centri italiani coinvolti nello studio in cui viene misurato il dolore dagli infermieri (torta a sinistra), dai medici (torta centrale) e la percentuale dei centri in cui il dolore oltre che misurato la prima volta viene anche rivalutato (torta a destra).

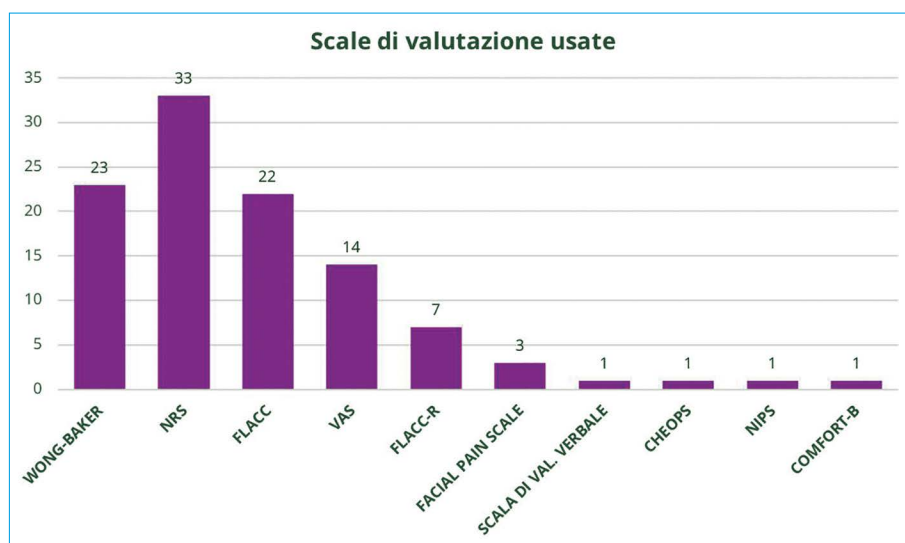


Figura 3. La figura mostra il numero di centri in cui i medici utilizzano ciascuna delle scale algometriche attualmente disponibili.

ricevuto sia una formazione che un recall sulla gestione del dolore.

In 26 centri (56%), i medici misurano "sempre" il dolore al momento della prima visita in pronto soccorso, in 17 centri (37%) la valutazione algometrica viene fatto "qualche volta" (soprattutto in caso di dolore evidente o in corso di patologie specifiche) e in 3 centri (6,5%) i medici non misurano "mai" il dolore (Figura 2, centro). Nel 28% dei centri il medico rivaluta il dolore dopo aver impostato una terapia analgesica (Figura 2, destra).

In 30 centri i protocolli medici di misurazione del dolore prevedono l'utilizzo di 3 o più scale algometriche validate, usate in maniera specifica in rapporto all'età e alla situazione clinica del paziente. La frequenza dell'uso di ciascuna scala è mostrata nella Figura 3. In 34 centri (73%) il medico registra il dato algometrico in cartella clinica.

In 25 centri vi sono protocolli scritti specifici per il trattamento del dolore: tali protocolli prevedono l'utilizzo di paracetamolo (78%), FANS (76%), oppioidi (59%), adiuvanti (37%) o anestetici locali (65%). Nel 13% dei centri è previsto l'utilizzo routinario di procedure analgesiche prima di manovre invasive. Nell'89% dei centri che hanno aderito a PIPER si è dato avvio a percorsi formativi sul tema del dolore in PS, nel 59% sono stati sviluppati e proposti protocolli di gestione del sintomo e nel 72% sono stati introdotti nuovi strumenti per la misurazione del dolore. In generale, l'adesione a PIPER si è associata nell'80% dei centri a un miglioramento nella valutazione del dolore o nel corretto utilizzo dei farmaci antidolorifici.

Conclusioni

I dati raccolti in questa survey indicano che la gestione del dolore del bambino nei

pronto soccorso italiani è complessivamente molto migliorata negli ultimi anni. Nel lavoro precedentemente pubblicato dal gruppo PIPER sulla situazione relativa alla gestione del dolore pediatrico nei pronto soccorso italiani nel 2010 [11], emergeva come nel 37% dei casi, la valutazione del dolore non fosse applicata né in fase di triage né in pronto soccorso. Nel 32% dei casi non venivano mai utilizzate scale algometriche per la misurazione del dolore, nel 21% dei casi la valutazione algometrica non veniva registrata nella cartella clinica e nel 47% dei casi non veniva applicato alcun protocollo nel trattamento del dolore.

I risultati di questa survey mostrano quindi un netto miglioramento sia per quanto riguarda la misurazione del dolore (percentuale dei centri che misurano il dolore sempre e registrano il dato in cartella clinica) che per quanto riguarda l'approccio antalgico, farmacologico e non.

Questi dati incoraggianti sono probabilmente il risultato di molteplici attività e situazioni che hanno portato maggiore formazione e discussione fra i sanitari in questo ambito e hanno quindi stimolato una nuova attitudine alla gestione del sintomo dolore nel bambino in pronto soccorso. Tuttavia, siamo ancora lontani da una gestione ottimale e la gestione del dolore nel setting dell'emergenza/urgenza rappresenta a oggi un obiettivo ancora da raggiungere in Italia, nonostante le numerose conoscenze acquisite e la disponibilità di risorse e strumenti.

La crescita di una progettualità di lavoro come quella proposta dal gruppo PIPER può rappresentare uno strumento importante per determinare e continuare a supportare un cambiamento reale e tangibile nella gestione del dolore nel bambino in pronto soccorso attraverso l'applicazione di protocolli organizzativi e strategie di formazione rivolte ai professionisti della salute, nonché attraverso la messa a disposizione di strumenti condivisi e una continua possibilità di confronto e di scambio.

Dichiarazione degli autori: il progetto è stato realizzato con il contributo incondizionato di Angelini S.p.A.

✉ franca.benini@aopd.veneto.it

[La bibliografia è consultabile online](#)