

Sensibilità dei pediatri e delle infermiere alla prevenzione e terapia del dolore in ospedale

Indagine conoscitiva a cura del Gruppo Ospedaliero ACP

Luciano de Seta, Franca Parizzi, Giovanna Patrucco, Leopoldo Peratoner, Mauro Pocecco, Corrado Rossetti
Gruppo ospedaliero dell'Associazione Culturale Pediatri

Abstract

Hospital Paediatricians' and nurses' sensitivity in pain prevention and therapy *A survey by the ACP Hospital Group*

The feeling that in Italy the prevention and treatment of acute pain due to procedures and acute physical pain are not adequately considered has induced the Authors to promote a survey aimed at acquiring knowledge on this subject. A questionnaire was sent to 200 hospital paediatric hospital units representative of all Italian regions. Results refer to the 110 units that answered the questionnaire. Usually the prevention of pain due to procedures is not adopted and where it is done there is a lack of adherence to international guidelines. Only 17% of wards have clinical protocols for the treatment of acute pain. Sedation during endoscopy procedures in gastroenterology is usually diffused and well done. Acute physical pain is treated adequately but opioids are not usually used, especially in post surgery pain. It is then necessary to increase paediatricians' and nurses' sensitivity towards the adoption of good practices for pain treatment. It seems also necessary the use of national guidelines and the inclusion of specific training programs in Paediatric post graduate schools and in hospitals.

Quaderni acp 2008; 15(1): 8-14

Key words Pain. Procedures. Acute pain. Survey

La sensazione che in Italia la prevenzione del dolore da procedure e il trattamento del dolore acuto fisico in ospedale non siano adeguatamente trattati, ha indotto gli Autori a promuovere un'indagine conoscitiva tesa a comprendere quale sia lo stato della prevenzione e del trattamento del dolore acuto nel bambino nel nostro Paese e quale sia la sensibilità dei medici e delle infermiere che a qualunque titolo hanno in cura i bambini, dal neonato sano all'adolescente. È stato inviato un questionario ai responsabili di 200 reparti di pediatria largamente rappresentativi di tutte le regioni italiane. I risultati si riferiscono ai 110 reparti che hanno risposto al questionario. In generale la prevenzione del dolore da procedure è poco attuata e, negli ospedali in cui è praticata, lo è in maniera scarsamente aderente alle linee-guida internazionali. Solo nel 17% dei reparti sono presenti protocolli per la terapia del dolore. La sedazione nelle procedure diagnostiche endoscopiche in gastroenterologia è, invece, più diffusamente e meglio attuata. Il dolore fisico acuto è trattato in maniera discretamente adeguata, ma gli oppioidi trovano pochissimo spazio soprattutto nel dolore post-chirurgico. Si ritiene, pertanto, necessario migliorare la sensibilità dei pediatri e delle infermiere all'uso delle pratiche antidolore anche attraverso l'approntamento di linee-guida internazionali e l'inclusione di programmi di formazione specifici nelle Scuole di Specializzazione in Pediatria e negli ospedali.

Parole chiave Dolore. Procedure. Dolore acuto. Indagine

Molti cambiamenti sono intervenuti nella prevenzione e terapia del dolore nel bambino da quando, in anni ormai lontani, su importanti riviste internazionali, si affermava che raramente i bambini richiedono terapia antalgica, perché tollerano molto bene il dolore [1]. Solo nel 1987, infatti, Anand e Hickey, sulla base di ricerche controllate e in doppio cieco

concludevano che “a partire dalla 24^a settimana di età gestazionale sono presenti le basi anatomiche e fisiologiche per la percezione del dolore” [2].

Sebbene si conosca ormai molto sull'efficacia e la sicurezza della prevenzione e del trattamento del dolore nel bambino e nel neonato, scarsa è la ricaduta nella pratica clinica. Nel 2001 la Commissione

per gli aspetti psico-sociali della salute del bambino e della famiglia dell'Accademia Americana di Pediatria (AAP) ha pubblicato un *statement* sul trattamento e la prevenzione del dolore: dal dolore correlato a procedure diagnostiche e terapeutiche al dolore post-operatorio; da quello associato ai traumi a quello delle malattie acute [3]. Dal 2001, epoca di pubblicazione di tale raccomandazione dell'AAP, la cultura della prevenzione e terapia del dolore non doveva essere profondamente cambiata anche nei Paesi di lingua anglosassone se, tra il 2003 e il 2004, sono comparsi su importanti riviste di medicina generale – il *British Medical Journal* [4] e *JAMA* [5] e di Pediatria [6] – alcuni articoli che hanno affrontato il problema, sottolineando come il dolore del bambino non sembri ricevere l'attenzione di cui ha bisogno e che i lattanti ricevono minori trattamenti degli adulti per la stessa situazione dolorosa. È certo che, nonostante i notevoli miglioramenti realizzati negli ultimi venti anni, soprattutto per quanto attiene la conoscenza dell'imaturità del sistema nervoso, pochi sono gli studi clinici “evidence based”. E che ancora poco si conosce sugli effetti a lungo termine del dolore breve, come quello del dolore dopo intervento chirurgico.

Recentemente sono comparsi su due autorevoli riviste di medicina generale e di pediatria due articoli di aggiornamento sulle procedure di sedazione nei bambini che, tra l'altro, riferiscono come le società scientifiche internazionali di diverse branche della medicina (dagli odontoiatri ai gastroenterologi, dai neuroradiologi ai medici di PS) di numerosi Paesi abbiano prodotto linee-guida per la prevenzione del dolore da procedure [7-8]. Nonostante ciò si ha la sensazione che, nel nostro Paese, l'adozione di pratiche antidolore durante le procedure diagnostiche e l'appropriato trattamento del dolore acuto siano abbastanza lontani da una cor-

Per corrispondenza:
Luciano de Seta
e-mail: ludeseta@tin.it

retta e larga diffusione. Semplici accorgimenti, quali quello di tenere al seno il neonato e il lattante o di somministrare loro acqua zuccherata durante la puntura nel tallone, non sembrano essere entrati diffusamente nella routine ospedaliera, anche se ne è stata documentata l'efficacia da studi controllati in doppio cieco [9]. Nonostante ciò, nel panorama ospedaliero italiano, sono attivi da molti anni alcuni Servizi di trattamento del dolore e cure palliative pediatriche, come quello del Dipartimento di Pediatria di Padova [10]. Mancano indagini conoscitive eseguite su scala nazionale sull'attuazione della prevenzione e della terapia nelle UO di Pediatria in Italia, mentre ne esistono per i reparti di Terapia Intensiva Neonatale.

Si sente, pertanto, il bisogno di conoscere qual è lo stato della prevenzione e del trattamento del dolore nel bambino nel nostro Paese.

Per raggiungere questi obiettivi è stato approntato un questionario somministrato ai responsabili di 200 reparti Pediatria e a quelli di 150 Punti Nascita d'Italia.

Metodologia

Sono stati preparati due questionari, uno destinato ai responsabili dei reparti di Pediatria e l'altro a quelli di Neonatologia. Dal giugno 2004 all'aprile 2005, i questionari, che possono essere richiesti agli Autori, sono stati inviati a 200 reparti di Pediatria e a 150 UO di Neonatologia, rappresentativi di tutte le regioni italiane, scelti in modo randomizzato all'interno di ogni regione, escludendo gli ospedali convenzionati. L'indagine è stata preceduta da uno studio pilota che ha consentito di validare i questionari apportandovi le modifiche necessarie per una maggiore chiarezza dei quesiti. Il questionario era strutturato in quattro gruppi di domande volte a:

- ▶ conoscere se esistessero nell'ospedale programmi di formazione per gli operatori sanitari, medici e non medici, alla prevenzione e terapia del dolore;
- ▶ conoscere se fossero stati approntati protocolli concordati di reparto per la prevenzione e terapia del dolore;
- ▶ rilevare la reale sensibilità dei pediatri e delle infermiere pediatriche nel porre in atto procedure e nell'utilizza-

FIGURA 1: DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DEI REPARTI DI PEDIATRIA CHE HANNO RISPOSTO AL QUESTIONARIO

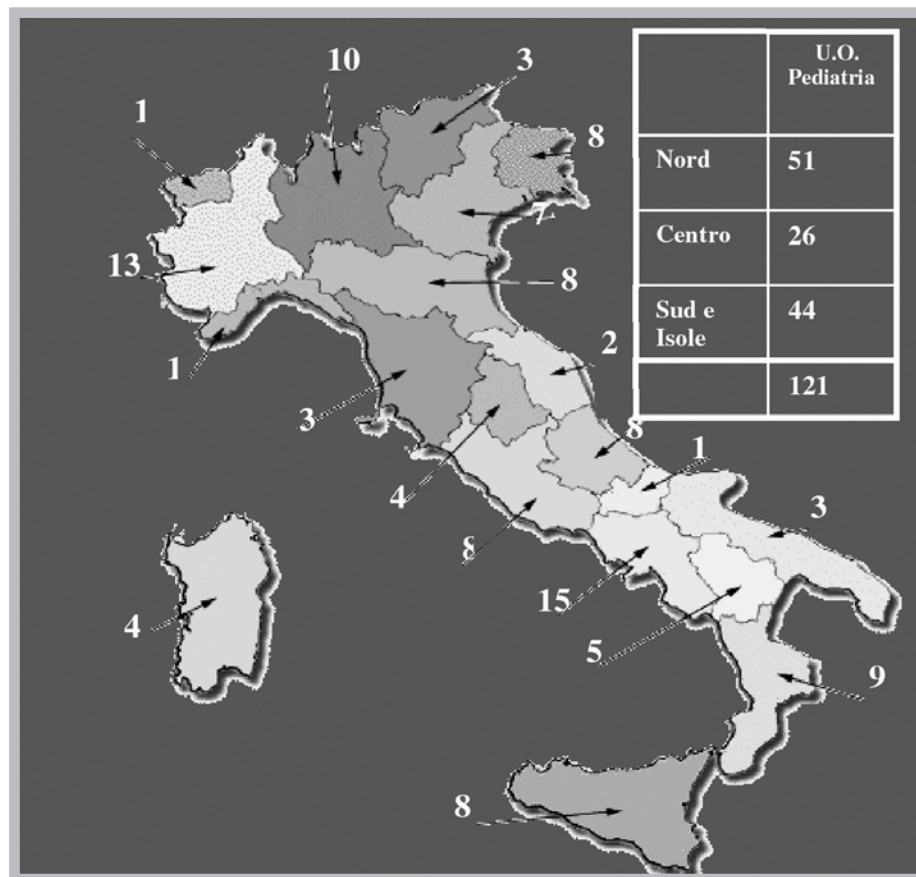


FIGURA 2: PERCENTUALI DEGLI OSPEDALI NEI QUALI SI ATTUANO PROGRAMMI DI FORMAZIONE DI PREVENZIONE E TERAPIA DEL DOLORE



re presidi sanitari (aghi, agocannule ecc.) più idonei a prevenire o ridurre al minimo possibile il dolore;

- ▶ descrivere l'approccio più comunemente usato per la prevenzione del

dolore durante l'esecuzione delle procedure più frequenti (prelievo di sangue capillare, puntura venosa, puntura arteriosa, inserimento di catetere periferico, rachicentesi) e meno frequenti

(agobiopsia midollare, linfoghiandola, renale) e, in particolare, nella diagnostica gastroenterologica: pH-metria nelle 24 ore, biopsia intestinale con capsula di Watson, gastroduodenoscopia e colonscopia, agobiopsia epatica;

- conoscere quale figura professionale medica si occupa della sedazione del bambino nelle indagini gastroenterologiche;
- conoscere l'uso dei diversi farmaci utilizzati per cefalea, dolore addominale da cause accertate e non, dolore post-operatorio, dolore in corso di ustione e dolore osteo-articolare.

Hanno risposto al questionario 121/200 reparti di Pediatria pari al 61%, geograficamente distribuiti come nella cartina (figura 1) e 80/160 reparti di Neonatologia. Si è proceduto all'elaborazione delle risposte contenute nei questionari. Questa pubblicazione si riferisce esclusivamente ai risultati dei questionari relativi alle 121 UO di Pediatria. Il risultato relativo alle UO di Neonatologia sarà oggetto di un'altra pubblicazione.

Risultati

Mentre programmi di formazione diretti a tutti gli operatori ospedalieri sulla prevenzione e terapia del dolore erano presenti all'atto dell'indagine nel 61% degli ospedali intervistati (figura 2), protocolli condivisi di reparto esistevano solo nel 17% delle UO di Pediatria.

Per quanto riguarda i presidi, il pungidito a scatto è utilizzato nel 57% dei reparti mentre il restante 43% continua a impiegare la lancetta d'acciaio, sicuramente più dolorosa e operatore-dipendente. L'ago cosiddetto "a farfalla" è molto più impiegato dell'agocannula (63% vs 35%) per la puntura venosa e nel 27% dei reparti si adotta un diverso accesso venoso per infusioni e prelievi (figura 3). L'ago da siringa è ancora utilizzato per i prelievi venosi nel 2% dei reparti.

Tenere al seno materno un lattante è la pratica meno frequentemente adottata durante il prelievo di sangue capillare (10%) e il biberon con saccarosio prima delle punture è utilizzato tra il 13 e il 20% dei reparti nelle varie procedure (figura 4). La crema anestetica EMLA (che è una miscela di lidocaina e prilocaina) è impiegata in poco meno del 50%

FIGURA 3: PRESIDI UTILIZZATI PER LA VENIPUNTURA

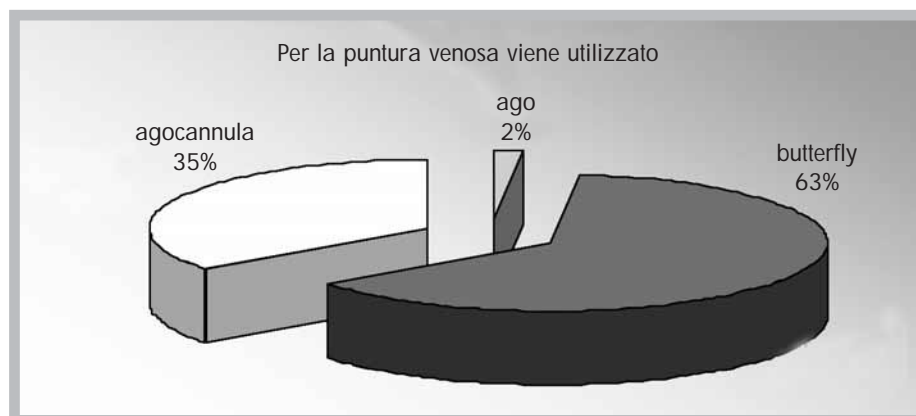
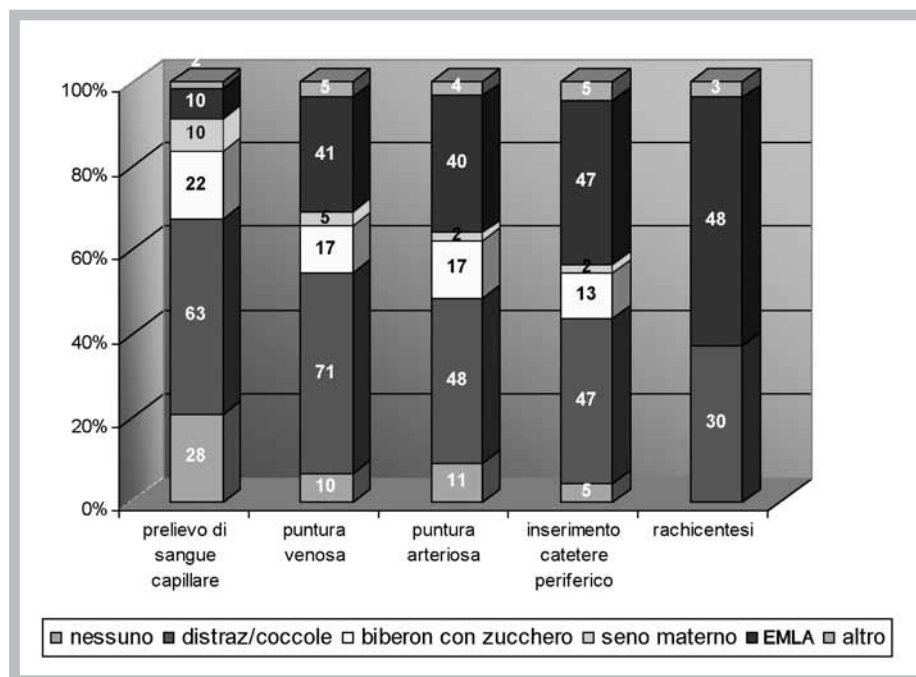


FIGURA 4: DISTRIBUZIONE DELLE ATTITUDINI DI REPARTO PER LA PREVENZIONE DEL DOLORE DA PROCEDERE



delle UO prima della puntura venosa e dell'inserimento del catetere periferico. Le manovre di distrazione con giochi e le coccole del personale d'assistenza risultano frequentemente adottate durante i prelievi di sangue venoso, variando rispettivamente dal 48% circa dei reparti nel corso della puntura arteriosa e dell'inserimento del catetere periferico al 70% dei reparti durante la puntura venosa. Si osserva, infine, che non è utilizzata alcuna misura preventiva (sia psicologica che farmacologica) nel 30% di reparti pediatrici quando è eseguito un prelievo capillare e nel 10% dei reparti

quando si pratica una puntura venosa o arteriosa. Prima di eseguire la rachicentesi solo il 48% delle UO applica l'EMLA. Nel 30% degli ospedali durante la rachicentesi si pongono in atto solo misure di "distrazione e coccole", fondamentali per qualunque pratica invasiva ma da sole sicuramente non sufficienti ad assicurare una significativa riduzione della percezione del dolore.

Il posizionamento del catetere per la misurazione del pH esofageo nelle 24 ore viene eseguito nel 59% dei reparti senza l'utilizzo di alcun tipo di sedazione; nel 24% è utilizzato il midazolam, nell'8% il

diazepam (figura 5). Per le endoscopie digestive alte (praticate nel 74% dei reparti) le procedure seguite nei diversi reparti variano molto. Il midazolam, un ansiolitico che dà perdita della memoria anterograda, è il più utilizzato (32% dei reparti), seguito dalla sedazione profonda (19%) e dal diazepam (17%). Il propofol è adottato nel 14% dei reparti mentre l'anestesia generale nell'8%. Il 2% dei reparti non pratica alcun tipo di sedazione. Nel complesso circa il 90% dei bambini sottoposti a un'endoscopia digestiva riceve un qualche tipo di sedazione.

Le colonscopie, praticate nel 65% dei reparti che hanno risposto, ricevono, come era da aspettarsi, un trattamento sedativo più adeguato a una pratica molto più dolorosa, invasiva e stressante dell'endoscopia alta. Nel 55% dei reparti viene praticata l'anestesia generale (che è la pratica suggerita dalle diverse linee-guida) o la sedazione conscia o inconscia, mentre il 39% riceve una sedazione con ansiolitici. Il 4% di reparti esegue colonscopie senza alcun tipo di sedazione.

Gli anestesisti sono i medici che si occupano più frequentemente della sedazione durante indagini endoscopiche (il 62% degli ospedali), seguiti dai pediatri che se ne occupano nel 26% e dai gastroenterologi dell'adulto che se ne occupano nel 12%.

I risultati sono sicuramente non confortevoli anche perché le agobiopsie midollari e linfoghiandolari sono tra le indagini diagnostiche più dolorose. L'infiltrazione locale di anestetico e la sedazione profonda sono utilizzate nelle agobiopsie midollari in circa il 40% dei reparti che le praticano, laddove l'EMLA è impiegata in oltre il 50% (figura 6) e in quelle linfoghiandolari nel 20% circa delle Pediatrie.

Va sottolineato come la crema anestetica EMLA in queste due pratiche non serva a molto perché, come si è detto, è in grado di anestetizzare solo i piani cutanei più superficiali. Le biopsie renali, nei pochissimi reparti che le praticano, sono eseguite nel 90% in sedazione completa o in anestesia locale.

Per quanto concerne la terapia farmacologica del dolore, nella maggioranza dei casi di cefalea, è utilizzato il paracetamolo o il paracetamolo+codeina rispetti-

FIGURA 5: I DIVERSI TIPI DI SEDAZIONE UTILIZZATI NELLA DIAGNOSTICA GASTROENTEROLOGICA

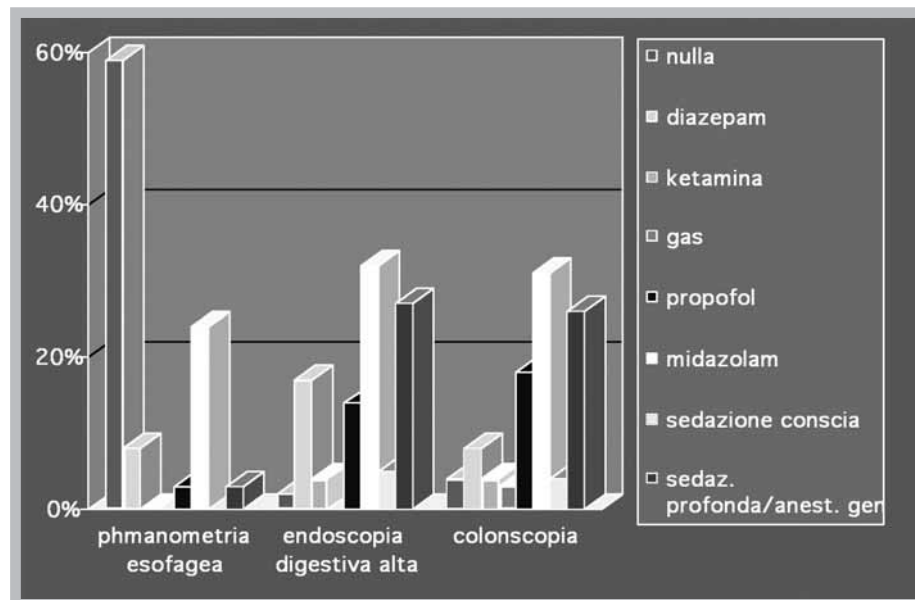
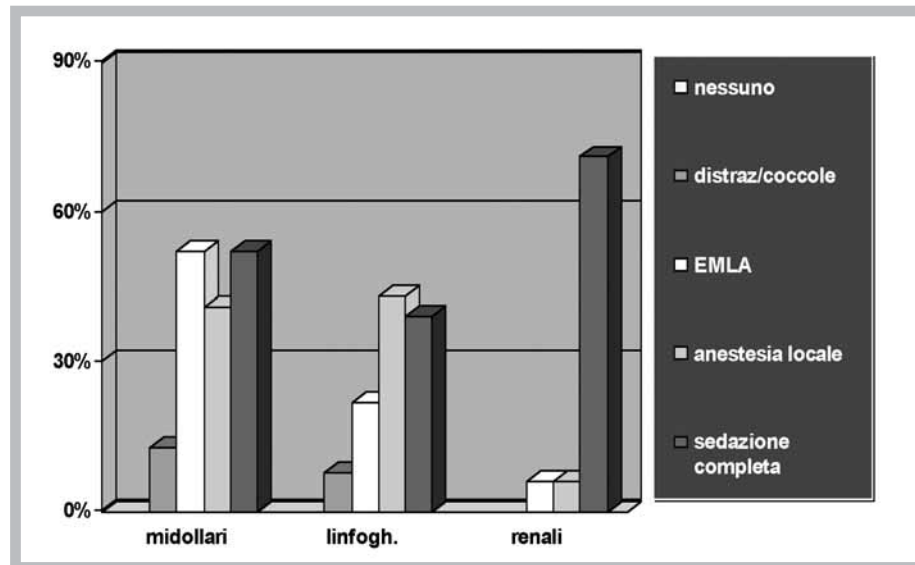


FIGURA 6: PREVENZIONE DEL DOLORE IN CORSO DI AGOBIOPSIE



vamente nel 73% e nel 35% dei reparti; seguono i FANS impiegati nel 43% delle unità operative. Nel dolore addominale da causa accertata e non, i farmaci più utilizzati sono il paracetamolo da solo o associato alla codeina, seguita dai FANS. Nel 5% dei casi sono utilizzate molecole di non meglio precisati "farmaci anti-spastici". Nel dolore osteo-articolare i FANS sono più frequentemente utilizzati (69%), seguiti dal paracetamolo da solo o associato alla codeina. Nel dolore post-operatorio dopo il paracetamolo e il para-

acetamolo+codeina compaiono il tramadolo e gli oppioidi. Nel dolore in corso di medicazione, dopo il paracetamolo e il paracetamolo + codeina, sono usati i FANS e gli oppioidi solo in una piccola percentuale di reparti.

Discussione

Il presente studio è l'unico esistente in Italia; pertanto i risultati possono essere solo in parte discussi, confrontandoli con gli standard e i protocolli per ciascuna procedura.

Va subito rilevato che la formazione dei medici e delle infermiere alla prevenzione e terapia del dolore è carente in generale negli ospedali se si pensa che solo nel 29% del campione sono attivi programmi di formazione specifica. Questo contrasta molto con le campagne e i progetti di "ospedale senza dolore", organizzati a più riprese sia a livello nazionale che regionale. Anche i pediatri e le infermiere pediatriche sembrano poco sensibili al tema dolore, dal momento che solo nel 17% dei reparti sono stati operativi protocolli specifici. Ciò comporta l'insufficiente adozione di misure preventive e terapeutiche o, al più, comportamenti dei singoli operatori molto difforni l'uno dall'altro e, pertanto, poco in accordo con linee-guida internazionali.

La misura più frequentemente adottata dal personale di assistenza per prevenire lo stress e il dolore da procedure sembra essere costituita dalle tecniche comportamentali di "distrazione" e dalle "coccole". Esse sono certamente l'elemento base di ogni tipo di pratica antidolore perché un ambiente sereno e tranquillo, la presenza della mamma, i giocattoli, le tecniche di distrazione e le "coccole" attuate dai genitori e dalle infermiere incidono in maniera significativa sulla percezione del dolore stesso e, soprattutto, nel ridurre la componente ansiosa di qualunque procedura dolorosa. Ma la sola adozione di queste misure può risultare del tutto o in parte insufficiente se la procedura è particolarmente dolorosa, come nel caso della rachicentesi o della puntura nel tallone nei neonati e nei lattanti. Dai risultati dell'indagine si rileva che le "distrazione e coccole" sono adottate nel 63% delle UO per le punture del tallone e nel 71% per le venipunture. Il che induce a pensare che nel restante 30-40% dei reparti non venga adottata alcuna tecnica di distrazione. L'EMLA è applicata solo nel 48% dei reparti prima della rachicentesi. Di conseguenza, nel restante 52% dei reparti, la rachicentesi viene praticata senza alcuna prevenzione del dolore. Questo tipo di comportamento può essere in parte spiegato tenendo conto che le rachicentesi sono molto spesso eseguite in urgenza e l'EMLA richiede circa 60 minuti per esercitare la sua azione. Anche nella semplice e frequentissima venipuntura per prelievo o per l'inserzione di ago, l'EMLA è utiliz-

zata solo nel 41% dei reparti. Il che dimostra un complessivo sottotrattamento del dolore da procedure in circa il 50% dei reparti. Ciò può trovare solo in parte una sua giustificazione nell'elevato prezzo dell'EMLA. La diagnostica invasiva gastroenterologica (endoscopica soprattutto) riceve, al contrario, un discreto trattamento antistress e antidolore perché nelle endoscopie digestive, sia alte che basse, sono utilizzate tecniche di sedazione nel 98% delle UO. Questo è, in parte, da mettere in relazione all'esistenza, da molti anni, di linee-guida internazionali recepite anche in Italia [11]. Purtroppo non in tutti i reparti esse sono attuate secondo il protocollo, soprattutto per le coloscopie. Solo in circa il 45% dei reparti si ricorre all'anestesia generale e alla sedazione profonda mentre nell'altro 55% la sedazione è conscia con midazolam o diazepam.

Il dolore acuto sembra ricevere un trattamento abbastanza adeguato nella maggioranza dei casi. Il paracetamolo è il farmaco di prima scelta, seguito dai FANS e dall'associazione paracetamolo+codeina. Nel dolore postoperatorio e in quello addominale acuto le molecole utilizzate sono diverse e tutte nella stessa proporzione e, comunque, utilizzate in maniera abbastanza appropriata. Va sottolineato che anche il dolore addominale da causa non accertata è trattato in modo discretamente appropriato nel 97% dei casi. Il che indurrebbe a pensare che sia passata la nozione recente secondo la quale l'uso di farmaci antidolore non ritarda la diagnosi di appendicite acuta [11-13]. Gli unici farmaci ad essere ancora scarsamente impiegati sono, in tutti i dolori acuti, e soprattutto in quello postoperatorio, gli oppioidi, che occupano l'ultimo posto con un 13%. Evidentemente le remore verso un più largo utilizzo di questi farmaci antidolore sono dure a cadere.

Conclusioni

Dai risultati di questa indagine sembra evidente che la prevenzione del dolore da procedure, tranne che in gastroenterologia, è scarsamente e, spesso, non adeguatamente attuata. Il dolore fisico acuto del bambino in ambiente ospedaliero è trattato abbastanza adeguatamente ma, in ogni caso, in modo molto diverso nelle UO di Pediatria dei differenti ospedali.

Risulta, inoltre, che l'attitudine dell'assistenza pediatrica è scarsa per quanto riguarda la prevenzione del dolore da procedure. Laddove sono state approntate e recepite linee-guida, come in gastroenterologia, la sensibilità è aumentata e le pratiche antidolore e antistress attuate in maniera più adeguata.

La pubblicazione di linee-guida nazionali che stanno per essere approntate a livello ministeriale, seguita dalla loro più ampia diffusione e, soprattutto, dalla loro condivisione in tutti gli ospedali del nostro Paese, contribuirà ulteriormente a migliorare gli standard assistenziali relativi alle pratiche antidolore. Programmi di formazione specifica, diretti ai pediatri e alle infermiere pediatriche, devono essere organizzati dall'ACP e da altre società scientifiche perché sono necessari per contribuire a una larga diffusione delle conoscenze in tema di prevenzione e trattamento del dolore.

Inoltre l'ACP, anche unitamente ad altre società scientifiche, si dovrà rendere interprete presso i direttori delle Scuole di Specializzazione in Pediatria italiane dell'urgente necessità di includere nei programmi delle Scuole corsi di formazione specifici in modo da colmare l'handicap culturale degli specialisti in pediatria in questo fondamentale aspetto dell'assistenza pediatrica. La crescita culturale di tutti i pediatri italiani, anche in questo campo, è indispensabile per porre la pediatria ospedaliera italiana ai primi posti di quella dell'Unione Europea.

In ultimo siamo convinti che nei due anni trascorsi tra l'invio dei questionari e la pubblicazione dei risultati dell'indagine, il grado di sensibilità dei pediatri e delle infermiere pediatriche sarà senz'altro aumentato. Che questo sia avvenuto o avverrà nei prossimi mesi, anche se in piccola parte, grazie ai risultati di questa indagine, è motivo di particolare soddisfazione per gli Autori e l'ACP, e premia il lavoro, non semplice né breve, necessario per portarla a termine. Anche perché questo era uno degli obiettivi non dichiarati dell'indagine stessa.

Ringraziamenti

Siamo grati ai direttori delle UO e ai loro collaboratori per il contributo dato alla riuscita della ricerca, compilando la scheda che richiedeva non poco impegno, dimostrando così una sensibilità

I PARTECIPANTI ALLO STUDIO E LA LORO SEDE DI LAVORO

PRIMARIO

Agostini S.
Amnon C.
Andreotti M.
Balli F.
Bartolotta E.
Bellu L.
Benaglia G.
Benigno V.
Bernasconi S.
Besenzer L.
Biasucci M.
Bonomi A.
Boscarelli L.
Bottiglieri G.
Brindisino P.
Brunori A.
Campa M.G.
Caputo D.
Carlucci A.
Carminati M.
Castelli G.
Cavallo L.
Chiarolini A.
Ciampoli M.
Ciancio E.
Colella M.G.
Coletta E.
Colonna F.
Cusumano M.
D'Andrea N.
Deganello L.
De Giacomo G.
De Lorenzo R.
De Seta L.
De Vonderweid U.
Di Pietro M.
Domenici L.
Favetta S.
Fazio S.
Fichera A.
Fichiera M.
Finocchi M.
Flacco V.
Frigerio M.
Galluzzo C.
Galligani L.
Ganziano L.
Giachino R.
Girone P.
Guala A.
Guala G.
Ianniello C.
Indriolo C.
Izzi G.
Lascio N.
Magnanimiti G.

OSPEDALE

Treviso
Savona
Bussolengo
Modena
Recanati
Olbia
Guastalla
Agrigento
Parma
Cuneo
Piacenza
Ivrea
S. Francesco di Paola
Val d'Acri
Guardiagrele
Brescia
Napoli
Eboli
Ascoli Piceno
S. Donato
Mondovì
Bari
Alghero
Palestrina
Subiaco
Gaeta
Patti
S. Vito al Tagliamento
Barcellona
Matera
Negrar
Milano
Praia a Mare
Napoli
Torino
Atri
Lucca
Chivasso
Anzio
Lentini
Lentini
Roma
Lanciano
Torino
Erba
Biella
Rossano
Garbagnate Milanese
Lipari
Borghesio
Torino
Potenza
Paternò
Parma
Lagonegro
Teramo

PRIMARIO

Malberti A.
Mammi F.
Marcazzo L.
Marella I.
Markart H.
Masera G.
Mazzella M.
Mazza A.
Messi G.
Milillo F.
Minelli P.
Moceri A.
Montrasio A.
Nardocchia L.
Pagano M.
Paravati F.
Parisi G.
Peratoner L.
Perini B.
Perini G.
Pierucci A.
Pittschier K.
Prandi A.
Provenzano E.
Risolo E.
Romano A.
Rossetti C.
Rossetti F.
Rossi E.
Sacher B.
Saitta F.
Salvatore G.
Salvo R.
Santucci F.
Sassu S.
Scianaro L.
Scotta S.
Siani P.
Soligno O.
Tannini C.
Tarallo L.
Tenore A.
Tinaglia A.
Trodella R.
Vannini C.
Vecchi V.
Ventura A.
Vergara G.
Villa M.P.
Visci G.
Vitali M.
Vitiello R.
Zanda G.
Zannino L.
Zuccaro A.

OSPEDALE

Cinisello Balsamo
Locri
Arzignano
Adria
Bressanone
Monza
Aosta
Cles
Trieste
Corigliano Calabro
Bentivoglio
Mazara del Vallo
Saronno
Latina
Taurianova
Crotone
Ischia
Pordenone
Palmanova
Latisana
Sapri
Bolzano
Arezzo
Soverato
Ariano Irpino
Oglio-Po
Città di Castello - Gubbio
Monselice
Torino
San Daniele
Pozzuoli
Atessa
Vittoria
Magenta
Tempio Pausania
Fasano
Gallarate
Napoli
Venosa
Marsciano
S. Leonardo Castellammare
Udine
Licata
Avellino
Assisi
Rimini
Trieste
Torre del Greco
Roma
Pescara
Borgomanero
Torre Annunziata
S. Martino
Asti
Altamura

alle problematiche riguardanti il dolore in pediatria.

Un ringraziamento particolare va alla dott.ssa Linda Di Benedetto, dell'UOC di Pediatria dell'Ospedale S. Paolo di Napoli, che ha dato un fondamentale contributo nell'inserire le schede nel data-base, nell'elaborazione dei risultati e nella preparazione dei grafici.

Al segretario dell'ACP, Gianni Piras, va un affettuoso grazie per il paziente e lungo lavoro di spedizione e ricevimento dei questionari. ♦

Bibliografia

- [1] Swafford J, Allen B. Pain in infancy. *Ped Clin North Am* 1968; 6:23-7.
- [2] Anand KJ, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 1987; 31:1321-9.
- [3] The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children, and Adolescent. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Task Force on Pain in Infants, Children, and Adolescent. *Pediatrics* 2001;108:793-7.
- [4] Janice HT. Children are often undertreated for pain. *Brit Med J* 2003;327:1185-90.
- [5] Howard RF. Current status of pain management in children. *JAMA* 2003;290:2464-9.
- [6] Pitetti RD, Singh S, et al. Safe and efficacious use of procedural sedation and analgesia by non-anesthesiologist in a pediatric emergency department. *Arch Ped Adolesc Med* 2003;157:1090-6.
- [7] Harvey JA, Morton NS. Management of procedural pain in children. *Arch Dis Child* 2007;92:ep20-ep26.
- [8] Krauss B, Green SM. Procedural sedation and analgesia in children. *Lancet* 2006;367:766-80.
- [9] Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, et al. Analgesic effect of breastfeeding in the neonates: randomised controlled trial. *Brit Med J* 2003;326:13-7.
- [10] Benini F, Trapanotto M, Callegaro L, et al. Sedation – analgesia for invasive diagnostic and therapeutic procedures: 13 years at the Pain Service of the Padua pediatric Department, Italy. *J Pediatr* 2000;33:183-7.
- [11] Tolia V, et al. Sedation for pediatric endoscopic procedures. *J Pediatr* 2000;30:477-85.
- [12] Mahadevan M, Graff L. Prospective randomised study of analgesic use of ED patients with right lower quadrant abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2000;18:753-6.
- [13] Kim MK, Strait RT, Sato TT, Hennes HM. A randomised clinical trial of analgesia in children with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 2002; 9:281-9.

ACP (Associazione Culturale Pediatri) – APEG (Associazione Pediatri in Gruppo)

IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA PIACENZA, 19 APRILE 2008

Park Hotel Best Western

Il convegno è dedicato a Pasquale Causa

Il Convegno nasce dalla volontà di coniugare l'esperienza maturata all'interno dell'Associazione Culturale Pediatri in tema di cronicità (i "bisogni" del paziente), con quella dell'Associazione Pediatri in Gruppo in tema di organizzazione (i "bisogni" del pediatra di famiglia). L'incontro propone analisi e confronto su alcuni contributi di esperienza e di integrazione tra le diverse figure che operano nell'ambito della malattia cronica. La ricerca di un metodo e di un modello di intervento, in cui siano garantiti la presa in carico, la continuità assistenziale, la multidisciplinarietà, deve fare i conti con contesti organizzativi quasi sempre molto diversi. Ciò complica la realizzazione di un buon progetto.

PROGRAMMA

9-9,30 Introduzione e presentazione del convegno
(G. Caso - M. Gangemi - A. Brambilla)

PRIMA SESSIONE Flash dal pianeta malattia cronica

- 9,30-10 *Condividere le informazioni: il Progetto B.I.P.P. come strumento per i pediatri* (A. Ulliana, Udine)
- 10-10,15 *Sorveglianza epidemiologica della ventilazione a lungo termine in età evolutiva* (F. Morandi, Erba - F. Racca, Torino)
- 10,30-11 *Canone a tre voci: Verdiana, una bambina bella* (A. Pirola - P. De Serio - F. Zanetto, Milano)
- 11-11,15 Discussione

SECONDA SESSIONE Esperienze a confronto

- 11,30-13 *La diagnosi*
Primi passi per un'alleanza terapeutica (P. Ghiotti, Torino)
- La gestione*
Dal navigare a vista alla consapevolezza di un percorso: il modello CF (G. Mastella, Verona)
- L'integrazione*
Le goccioline si aggregano: esperienza territoriale per il bambino oncologico (E. Del Negro - B. Francano, S. Daniele Friuli)
- La rete e la cartella informatica condivisa*
Progetto di cartella informatica (M. Jankovic, Monza)
- 13-13,30 Discussione

TERZA SESSIONE Riflessioni

- 14,30-15 *Nasce un'Associazione: la forza dei bisogni*
(Rappresentanti di Associazioni Genitoriali)
- 15-18 *Cosa abbiamo imparato. Tavola rotonda: domande ai relatori dal conduttore al pubblico* (conduce M. Farneti, Cesena)

Sede del congresso

Park Hotel Strada
Via Val Nure, 7 - 29100 Piacenza (PC)
Tel.: 0523 712600 - Fax: 0523 453024
www.parkhotelpiacenza.com – e-mail: info@parkhotelpiacenza.com

Segreteria scientifica

F. Zanetto: Tel: 335 8077629 – e-mail: zanettof@tin.it
A. Ulliana: Tel: 349 3353652 – e-mail: anton.u@fruts.ud.it

Segreteria organizzativa

Associazione Culturale Pediatri - c/o Gianni Piras
Via P. Marginesu, 8 - 07100 Sassari (SS)
Tel.: 079 3027041 - Fax: 079 3027471
e-mail: segreteriaacp@tiscali.it

Quote di iscrizione

Soci ACP e APEG € 70; non soci € 100; infermieri € 40; specializzandi € 20.

La partecipazione dei genitori è gratuita.

La quota di iscrizione dà diritto alla partecipazione ai lavori congressuali, a una colazione di lavoro, a un coffee break. Verranno confermate solo le iscrizioni per le quali sia pervenuto il pagamento. Se la richiesta di iscrizione perviene dopo il 19 marzo 2008, la quota di iscrizione sarà maggiorata di 20 €. In caso di rinuncia, da comunicare per iscritto entro e non oltre il 19 marzo 2008, è previsto un rimborso pari al 70% delle quote versate. Dopo tale data non verrà effettuato nessun rimborso. Richiesti i Crediti ECM.