

*Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.*

## Il documento di consenso sull'analgosedazione procedurale in pronto soccorso: una spinta indispensabile per la svolta operativa!

*Commento a cura di Augusto Biasini*

*U.O. di Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale-Pediatria, Ospedale M. Bufalini, Cesena*

La legge 38/2010 sulle cure palliative e controllo del dolore è fra le più avanzate in Europa. Acquisita con l'accordo stato/regioni del 25 luglio 2012, promosse un cambiamento culturale notevole iniziando il percorso ospedale-territorio senza dolore. L'area pediatrica ospedaliera/territoriale, in accordo con le Società Scientifiche (ACP, SIP, FIMP), aderì alle indicazioni mettendo in atto la formazione specifica di medici e infermieri (Master, progetto "niente male junior", seppur attuato solo in alcune Regioni e non aperto agli infermieri), definendo procedure interne, esponendo il Poster con le scale per valutare il dolore nelle sale-visita e inserendo il video filmato del Ministero "dolore no grazie" nel palinsesto TV dei luoghi di attesa. Inoltre, la documentazione medico/infermieristica sulla valutazione del dolore e suo trattamento costituisce parte integrante della cartella ospedaliera in quanto, dal 2012 in poi, è requisito necessario esaminato nelle visite di Accreditamento Istituzionale. Un'altra legge importante, la 219/2012, definisce nel consenso informato con i suoi impliciti significati di partecipazione, consapevolezza e libertà di scelta e decisione, il diritto del bambino che abbia compiuto 12 anni di età o di età inferiore, ove capace di discernimento, a essere ascoltato in tutte le questioni e le procedure che lo riguardano. Tuttavia il Rapporto al Parlamento 2015 sullo stato di attuazione della legge 38 in area pediatrica, eseguito con la collaborazione dell'ACP, evidenziava lacune importanti nei pediatri di famiglia e nelle aree di Pronto Soccorso (PS). Il network PIPER (Pain in Pediatric Emergency Room) che raccoglie 36 PS, al febbraio 2016 riportò i risultati del sondaggio "PIPER weekend" dove emerge che, accanto a un alto livello di soddisfazione dei genitori di come il dolore dei propri figli sia gestito da medici /infermieri (95%), solo in 1 bambino su 4 questo viene misurato e in 1 su due sono somministrati farmaci analgesici entro 20 minuti dall'accesso in PS. Nel 2017 il progetto PIPER si rinnovò con l'iniziativa dedicata a medici e infermieri di PS secondo il modello "train the trainer" con l'obiettivo di diffondere a oltre 100 PS le raccomandazioni cliniche attraverso un programma di insegnamento suddiviso in 3 format distinti: **1. generalità** (valutazione / misurazione dolore in PS durante il triage, uso di paracetamolo o ibuprofene da parte di infermieri); **2. dolore procedurale** (venipuntura, rachicentesi, sutura chirurgica, prima medicazione dell'ustionato); **3. dolore acuto** (addominale, associato a trauma, nel bambino con anemia falciforme o con deficit cognitivo). La SIMEUP ha ora prodotto il **Documento di consenso** sul trattamento del dolore procedurale in PS. Data la metodologia rigorosa, standardizzata e ripetibile delle Linee Guida NICE (National Institute for health and Care Excellence), il Comitato Tecnico Scientifico le ha adottate come base, i componenti del Panel Giuria sono stati selezionati garantendo la multidisciplinarietà come requisito fondamentale; tutto ciò rende il Documento prezioso e affidabile. Viene confermato l'approccio relazionale iniziale che

acquisirà il consenso avviando le tecniche non farmacologiche (l'approccio cognitivo/comportamentale con immaginazione guidata, rilassamento, musica, videogame, clown-terapia), modalità tutte che mirano a ri-orientare l'attenzione del bambino lontano dalla procedura dolorosa, dotandolo di un senso di controllo. Il Documento ha il pregio di chiarire subito che le due condizioni essenziali per eseguire analgosedazione in PS sono: a) la presenza di operatore esperto sia nel monitoraggio che nella somministrazione di farmaci in età pediatrica, b) protocolli locali definiti e condivisi. Il medico di PS diventa "operatore esperto" quando è adeguatamente formato. Si precisa (racc. 62, 63) che, oltre ai corsi specifici sulla sedazione di bambini, i medici di PS dovranno possedere evidenze documentali delle tecniche di rianimazione avanzata, PALS /EPALS e gli infermieri EPILS/PALS/EPALS, nonché dei previsti "retraining" periodici. L'addestramento degli operatori potrà essere differenziato (racc. 64) prevedendosi formazione per **analgo-sedazioni minime/lievi** (uso di midazolam per os o via intranasale (MAD), fentanil intranasale (MAD), Protossido di azoto premiscelato con O<sub>2</sub> al 50%) o per quelle **moderate/profonde** (Ketamina, propofol, fentanil iv, associazioni di farmaci). Viene riportato l'utile avvertimento (racc. 15) sulla maggiore frequenza di eventi gravi avversi (>3%) quando si usano "associazioni di farmaci", ketamina + fentanil, ketamina + propofol, propofol, rispetto alla sola ketamina (< 1%) che ottiene migliori risultati [1]. L'anestesia topica/locale accompagnerà la sedazione. Al di là della precisione e completezza tecnica del Documento, quello che immediatamente emerge con chiarezza è la possibilità di utilizzo di farmaci potentemente analgesici/sedativi da parte di medici non anestesisti, ma con adeguata formazione sia nel monitoraggio per intercettare sconfinamenti da uno stato di sedazione moderata ad uno più profondo, che nel gestire possibili eventi avversi. Analogamente, la semplice acquisizione del "know-how" necessario, permette a una infermiera di decidere di somministrare in autonomia farmaci a bambini durante il triage. Tutto ciò valorizza e aumenta le competenze professionali degli operatori presenti in PS, costituisce la condizione realistica per attuare la legge e rende oltremodo necessario una riorganizzazione della formazione specifica su scala nazionale.

1. Bhatt M, Johnson DW, Chan J et al. SedationSafety Study Group of Pediatric Emergency Research Canada (PERC). Risk factors for adverse events in emergency department procedural sedation for children. JAMA Pediatr 2017; 171(10):957-64



# ANALGOSEDAZIONE PROCEDURALE PEDIATRICA IN PRONTO SOCCORSO

## DOCUMENTO DI CONSENSO

